

Spett.le Risorsa Sociale Gera D'Adda ASC
Via A. Crippa n. 9
24047 TREVIGLIO

ufficiodipiano@pec.risorsasociale.it

ATS di Bergamo
SC Autorizzazione Accreditamento e
Vigilanza Strutture della Rete
Territoriale
via Gallicciolli, 4
24121 BERGAMO

protocollo@pec.ats-bg.it

OGGETTO: Comunicazione di cui all'art. 4 comma 2 della Legge Regionale n. 3/2008 per riapertura Centro Ricreativo Diurno per Minori – anno 2025

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ prov. (____)

In via _____ n. _____

Domiciliato a _____ prov. (____)

In via _____ n. _____

C. F. : _____

in qualità di Legale Rappresentante dell'ente gestore " _____ "

natura giuridica dell'Ente gestore _____

con sede legale nel Comune di _____ prov. (____)

In via _____ n. _____

C.F. : _____ P. IVA : _____

Tel. ____/____/____ Fax ____/____/____

Indirizzo di posta elettronica: _____

Indirizzo di posta elettronica certificata: _____

In possesso dell'autorizzazione rilasciata ai sensi della L.R. 1/86

Ovvero

Avendo presentato comunicazione preventiva di esercizio ai sensi dell'art. 4 della L.R. 3/08, prot. n. _____ del _____

relativamente Centro Ricreativo Diurno denominato " _____ "

Tel. ____/____ Fax ____/____

Sita nel Comune di _____ in via _____ n _____

Indirizzo di posta elettronica: _____

Consapevole delle sanzioni penali¹ richiamate dall'art. 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione di atti falsi

COMUNICA che per l'anno 2025

l'Unità d'offerta sarà aperta dal giorno _____ al giorno _____

per un numero massimo di minori n° _____

di età compresa tra anni: _____ e anni: _____

nei seguenti orari:

	dalle ore alle ore	dalle ore alle ore
lunedì		
martedì		
mercoledì		
giovedì		
venerdì		
sabato		

DATI UDOS:

- **Numero ore di apertura giornaliera** _____
- **Numero giorni di apertura a settimana** _____
- **Retta media giornaliera al netto dei servizi aggiuntivi** _____
- **Numero operatori socioeducativi con laurea (Full Time Equivalente*)** _____
- **Numero operatori socioeducativi con diploma/qualifica (FTE*)** _____

¹ Verranno effettuati controlli da parte di Risorsa Sociale sulla corrispondenza dei dati e delle notizie dichiarati. In caso di false dichiarazioni, si applicherà quanto previsto dal D.P.R. n. 445 del 2000.

- **Numero personale ASA/OSS (FTE*)** _____
- **Numero volontari (FTE*)** _____
- **Numero altro personale non riconducibile con le figure precedenti (FTE*)** _____

* il numero degli operatori è da considerare secondo il Full Time Equivalent (FTE) pari a 36-38 ore settimanali

DICHIARA

- che per detta unità d’offerta permane il possesso di tutti i REQUISITI MINIMI STRUTTURALI/TECNOLOGICI/ORGANIZZATIVI specifici previsti dalla normativa regionale vigente per il suo esercizio previsti dalla DGR 11496/2010, nonché dei requisiti previsti dalla normativa nazionale per le materie di competenza statale, e dei requisiti di igiene e sicurezza stabiliti da norme regionali, dal regolamento locale d’igiene e dal regolamento edilizio comunale;
- che tutta la documentazione e le certificazioni a comprova del possesso dei requisiti organizzativi, strutturali e gestionali di funzionamento sono presenti nella sede dell’Unità d’offerta sociale in apposito faldone a disposizione per il controllo;
- che il responsabile delle attività educative, ricreative e gestionali è:
 Cognome: _____ Nome: _____ e si trova in possesso di requisiti previsti dalla normativa vigente;
- di essere consapevole che Il rapporto numerico previsto, nel caso di bambini e ragazzi con disabilità, dovrebbe essere di un educatore a bambino/ragazzo, salvo casi specifici previa attenta valutazione.

SI IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente la cessazione a terzi della gestione della struttura come pure eventuali successive variazioni degli standard gestionali o organizzativi/strutturali che abbiano ad incidere alla presente nota.

ALLEGA (obbligatorio)

- fotocopia carta d’identità del Legale Rappresentante.

Luogo, _____ Data _____,

Firma: _____.