

PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO EX D.P.R. 160/2010	Pratica N°
SUAP Comune di CASTEL BOLOGNESE	

Oggetto pratica	
descrizione sintetica dell'intervento	

il/la sottoscritto/a(*)			
Nato a(*)		(Prov:)	
il(*)		cod.Fiscale(*)	
Residente nel Comune di <small>(Per i cittadini residenti all'estero inserire lo Stato di residenza e come provincia EE) (*)</small>		(Prov:)	CAP(*)
Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria(*)			
tel. (*)		fax	
PEC (*)			

Le sezioni seguenti sono da compilare nel caso agisca per conto di altra persona fisica o giuridica da compilare in caso di **Legale rappresentante di società/Titolare di impresa individuale**:

a titolo di (*)	<input type="checkbox"/> TITOLARE DITTA INDIVIDUALE <input type="checkbox"/> LEGALE RAPPRESENTANTE <input type="checkbox"/> ALTRO
Specifica:	
denominazione/ragione sociale(*)	

Con sede in(*)	(Prov:)	CAP. (*)	
indirizzo(*)			
telefono		fax	
eMail			
cod.Fiscale o Identificativo Straniero (*)		P.IVA.	
Iscrizione al Registro imprese di		num.	
Codice ATECO dell'attività oggetto della presente istanza			

da compilare in caso di Legale rappresentante di privato:

a titolo di(*)	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante di minore <input type="checkbox"/> Legale rappresentante di adulto interdetto <input type="checkbox"/> Altro
Specifica:	

Nome e cognome(*)			
Nato a (*)	(Prov:)		
Il (*)		Stato di nascita(*)	
cittadinanza(*)		cod.fiscale(*)	
Residente nel Comune di(*)		CAP.(*)	
		(Prov:)	
località/frazione			
indirizzo(*)			

da compilare in caso di Rappresentante di altro ente/associazione - (inclusi enti no profit):

Motivazione della rappresentanza(*)	<input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Delegato <input type="checkbox"/> Dipendente con rappresentanza		
Specifica:			
Dell'ente rappresentato(*)			
Con sede in(*)		CAP.(*)	
indirizzo(*)			
località/frazione			
telefono		fax	
eMail			
cod.Fiscale o Identificativo Straniero(*)		P.IVA.	

informazioni relative all'iscrizione al Registro regionale delle Persone Giuridiche:

regione		Numero iscrizione al registro regionale	
---------	--	---	--

Descrizione qualifica	<input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> OPERATORE DI ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA <input type="checkbox"/> PROFESSIONISTA
Specifica:	
Isritto all'albo	<input type="checkbox"/> Ordine dei Farmacisti <input type="checkbox"/> Ordine degli architetti <input type="checkbox"/> Collegio dei geometri <input type="checkbox"/> Ordine dei giornalisti <input type="checkbox"/> Ordine degli infermieri (di prossima attuazione) <input type="checkbox"/> Ordine dei geologi <input type="checkbox"/> Ordine dei consulenti del lavoro <input type="checkbox"/> Consiglio nazionale dei Periti Industriali <input type="checkbox"/> Collegio dei Periti Industriali <input type="checkbox"/> Albo dei dottori agronomi e dottori forestali <input type="checkbox"/> Albo unico dei promotori finanziari <input type="checkbox"/> Ordine dei medici <input type="checkbox"/> Ordine degli psicologi <input type="checkbox"/> Ordine dei dottori commercialisti <input type="checkbox"/> Ordine degli avvocati <input type="checkbox"/> Ordine dei notai <input type="checkbox"/> Ordine degli ingegneri <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Iscrizione all'albo non richiesta

<input type="checkbox"/> Iscrizione all'albo non richiesta				
Numero albo		Prov. Di Iscrizione		Data iscrizione
Ai sensi del DPR 445/2000 dichiaro di essere stato delegato dall'impresa sotto indicata alla presentazione della presente				
<input type="checkbox"/> Istanza <input type="checkbox"/> Segnalazione <input type="checkbox"/> Comunicazione <input type="checkbox"/> Altro				
tramite				
sottoscritto il		Custodito presso		

da compilare in caso di Professionista/associazione di categoria/altro soggetto munito di procura/in qualità di delegato dal procuratore (delegato dal procuratore SOLO per impianti radioelettrici per telefonia mobile):

Descrizione qualifica:	<input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> OPERATORE DI ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA
------------------------	---

Per conto di :

Da compilare nel caso il titolare sia Privato:

Nome e cognome (*)				
Nato a(*)				(Prov:)
Il (*)		cod.Fiscale (*)		
Residente in (*)			(Prov:)	CAP.(*)
Indirizzo (*)				

da compilare nel caso il titolare sia Impresa (impresa individuale, società di persone, società di capitali, società cooperative):

Denominazione/ragione sociale (*)				
Con sede in(*)			(Prov:)	CAP.(*)
indirizzo(*)				
telefono		fax		
eMail				
cod.Fiscale (*)		P.IVA.		
Provincia di iscrizione al registro imprese		num.		

dati rappresentante legale o titolare

Nome e cognome (*)				
Nato a(*)			(Prov:)	In data (*)
Residente a (*)			CAP.(*)	
Indirizzo (*)				

OGGETTO

<i>Scelte effettuate per la compilazione</i>

SETTORE: Avvio

INTERVENTI:

- Domanda di autorizzazione per l'esercizio di attività di soggiorni di vacanza - AVVIO

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

DICHIARA

AI: CASTEL BOLOGNESE

DICHIARAZIONE DEL RISPETTO DEL D.LGS. 159/2011

che:

non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione previste art. 67 del D.lgs. 6/9/2011 n. 159 "Effetti delle misure di prevenzione previste dal Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia"	[]
---	-----

N.B. In caso di società compilare anche l'allegato A

DICHIARAZIONE PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

ai sensi dell'art. 3 del DM 10 novembre 2011, che disciplina le modalità di pagamento dell'imposta di bollo (ex DPR 642/1972) sulle domande online ai SUAP:

di aver assolto all'imposta di bollo per l'importo di 16 euro	()
mediante contrassegno adesivo (marca da bollo)	()
numero:	
emesso in data	
mediante F24	()
pagato in data	

pertanto si allega la ricevuta

E INOLTRE DICHIARA:

di aver provveduto ad annullare (apponendovi la data dell'istanza) la predetta marca da bollo e di impegnarsi a conservarne l'originale contestualmente alla predetta istanza a cui esclusivamente afferisce per eventuali controlli da parte dell'amministrazione

di essere consapevole che è nella piena, esclusiva e diretta responsabilità del richiedente l'obbligo di utilizzare una marca da bollo per ogni singola istanza, e pertanto non è possibile comunicare gli stessi estremi di una marca da bollo per istanze diverse, ovvero utilizzare più volte gli stessi dati identificativi della marca da bollo per istanze diverse

mediante pagamento online con PagoPA	()
mediante pagamento online dell' IMPOSTA DI BOLLO ASSOLTA IN MODO VIRTUALE (Art.15 D.P.R. del 26 ottobre 1972 n. 642)	()
pagato in data	

pertanto si allega la ricevuta

di essere ESENTE dall'imposta di bollo in quanto:	()
ente del Terzo settore comprese le cooperative sociali ed escluse le imprese sociali costituite in forma di società, ai sensi art.82 co.5 DLgs117/2017	()
Istanza relativa all'esercizio dei diritti elettorali presentata dal partito politico in periodo elettorale (es.: l'occupazione temporanea di suolo pubblico per volantinaggio)	()

Istanza o atto posto in essere tra le amministrazioni dello Stato o tra enti equiparati allo Stato quali: le aziende autonome dello Stato, le regioni, le province, i comuni e loro consorzi, ai sensi art.16 all.B del DPR 642/1972	()
--	-----

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA SEDE DOVE VIENE ESERCITATA L'ATTIVITÀ O SI EFFETTUA L'INTERVENTO

che:

la sede operativa in cui si svolge l'attività o si effettua l'intervento (indicare di seguito i relativi dati):

Sede o Unità immobiliare	()
Comune di	
Prov.	
Via, Piazza, Largo, etc.	()
specificare: (nome della via, piazza, ecc.)	
n. civico	
frazione/località	
CAP	
scala	
piano	
interno	
tel.	
fax	
e-mail	
sito web	

DICHIARAZIONE RELATIVA AI DATI CATASTALI DELL'IMMOBILE O DELL'AREA

che i dati catastali dell'immobile o dell'area sono i seguenti:

NCT	()
NCEU	()
Foglio	
Mappale/Particella	

Subalterno:

presente	()
specificare	
NON presente	()

Sezione:

presente	()
specificare	
NON presente	()

Sezione urbana:

presente	()
specificare	
NON presente	()
Destinazione d'uso catastale	
Sede o Unità immobiliare	()
Comune di	

DICHIARAZIONE INIZIO ATTIVITÀ DI SOGGIORNO VACANZA

di segnalare l'inizio dell'attività di soggiorno di vacanza:

presso la struttura denominata	
--------------------------------	--

DICHIARAZIONE REQUISITI STRUTTURALI CENTRO ESTIVO/SOGGIORNO VACANZA

che la struttura utilizzata:

è conforme alle vigenti normative in materia di igiene e sanità e sicurezza	[]
---	-----

DICHIARAZIONE COORDINATORE CENTRO ESTIVO/SOGGIORNO VACANZA

che il responsabile delle attività educative, ricreative e gestionali è:

Cognome	
Nome	

in possesso dei requisiti previsti dalla DGR n. 247/2018:

è maggiorenne	[]
diploma di scuola secondaria di secondo grado	()
documentata esperienza in campo educativo (si allega documentazione)	()

DICHIARAZIONE EDUCATORE PER SOGGIORNO VACANZA

che il personale impiegato in qualità di educatore:

è maggiorenne	[]
è in possesso del diploma di scuola secondaria di secondo grado o laurea preferibilmente ad indirizzo socio educativo	[]
è utilizzato secondo un rapporto di 1 educatore per un numero di bambini pari a 12	()
è utilizzato secondo un rapporto più favorevole:	()
1 educatore per un numero di bambini pari a	

DICHIARAZIONE RELATIVA AL PERSONALE SANITARIO SOGGIORNO VACANZA

che relativamente al personale sanitario:

la struttura ospita più di 50 minori e pertanto il personale sanitario comprende :	()
--	-----

la struttura ospita meno di 50 minori pertanto è necessaria la disponibilità di un medico in possesso del titolo di studio riconosciuto nell'ambito dell'Unione europea ed è sufficiente la garanzia di pronta disponibilità di un'unità infermieristica/assistente sanitaria	()
---	-----

la disponibilità di un medico in possesso di titolo di studio riconosciuto nell'ambito dell'Unione europea	[]
--	-----

un'unità infermieristica /assistente sanitaria ogni 250 minori o frazione superiore a 50	[]
--	-----

DICHIARAZIONE REQUISITI PERSONALE EDUCATIVO E AUSILIARIO CENTRO ESTIVO/SOGGIORNO VACANZA

che il personale impiegato, sia educativo che ausiliario:

non si trova nella situazione indicata agli articoli 5 e 8 della Legge 6 febbraio 2006, n. 38 "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo internet"	[]
--	-----

DICHIARAZIONE SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI E BEVANDE SOGGIORNO VACANZA

che nella struttura adibita a soggiorno per vacanza:

sono somministrati alimenti e bevande e il personale addetto alla preparazione/somministrazione/porzionamento dei pasti nelle strutture possiede l'attestato di formazione ai sensi della L.R. 11/2003. Dichiara inoltre che a garanzia della salubrità dei pasti somministrati presso i centri estivi è fatto riferimento alle norme europee, nazionali e regionali vigenti in materia di sicurezza alimentare e all'osservanza delle "Linee guida per l'offerta di alimenti e bevande salutari nelle scuole e strumenti per la sua valutazione e controllo" approvate con DGR n. 418/2012	[]
---	-----

DICHIARAZIONE RECAPITI CENTRO ESTIVO/SOGGIORNO VACANZA

che i recapiti telefonici del centro estivo/soggiorno vacanza sono i seguenti:

Telefono fisso	[]
----------------	-----

Cellulare	[]
-----------	-----

indicare numero	
-----------------	--

inidcare numero	
-----------------	--

DICHIARAZIONE DIMENSIONI DOTAZIONI STRUTTURA SOGGIORNI DI VACANZA

che verranno utilizzati:

Spazi interni ed esterni e che la struttura è dotata di :

spazi esterni destinati allo svolgimento delle attività (valore minimo di riferimento: 5 mq/utente)	[]
---	-----

mq	
----	--

spazi interni destinati allo svolgimento delle attività (valore minimo di riferimento: 2 mq/utente)	[]
---	-----

mq	
----	--

Spazio per la ristorazione se diverso dal precedente (1,2 mq/utente)	[]
--	-----

mq	
----	--

Pernottamento minori, non più di 20 persone per vano (valore minimo di riferimento: 5 mq/utente)	[]
--	-----

mq	
servizi igienici con wc (valore minimo di riferimento: 1 ogni 10 utenti)	[]
n°	
servizi igienici con lavabo (valore minimo di riferimento: 1 ogni 6 utenti)	[]
n°	
servizi igienici con doccia (valore minimo di riferimento: 1 ogni 10 utenti)	[]
n°	
servizi igienici accessibili ai disabili con WC (valore minimo di riferimento: 1 posto letto ogni 60 posti letto)	[]
n°	
servizi igienici accessibili ai disabili con lavabo (valore minimo di riferimento: 1 posto letto ogni 60 posti letto)	[]
n°	
servizi igienici accessibili ai disabili con doccia (valore minimo di riferimento: 1 posto letto ogni 60 posti letto)	[]
n°	
servizi igienici per personale con WC, lavabo, doccia (valore minimo di riferimento: 1 distinto per sesso oltre 10 utenti)	[]
n°	
locale per medicazione/primo soccorso o con cassetta pronto soccorso con lavabo	[]
n°	
Infermeria 2 posti letto e un servizio igienico esclusivo (valore minimo di riferimento: 14 mq). In mancanza di apposito locale potrà essere utilizzata una stanza con servizio igienico a tale scopo riservata	[]
mq	
Tutti gli spazi interni ed esterni ad uso collettivo sono accessibili anche ai disabili	[]

DICHIARAZIONE DI IMPEGNI

di:

Impegnarsi a comunicare, entro i termini previsti dalla normativa di settore, ogni eventuale variazione dei dati contenuti nella presente istanza	[]
---	-----

DICHIARAZIONE PER IMPEGNO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA DI PERSONALE E UTENZA

si impegna:

a garantire copertura assicurativa di personale e utenza	[]
--	-----

DICHIARAZIONE PERSONALE AUSILIARIO CENTRO ESTIVO/SOGGIORNO VACANZA

che:

è presente personale ausiliario n.	
------------------------------------	--

ANNOTAZIONI EVENTUALI

che per maggior chiarezza, si precisa:

NON è necessaria nessuna nota aggiuntiva	()
--	-----

per maggior chiarezza, preciso che:	()
-------------------------------------	-----

(specificare)	
---------------	--

DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ACQUISIZIONE DEI CERTIFICATI PENALI

di:

di avere acquisito e conservare i certificati penali delle seguenti persone:	()
--	-----

Nome	
------	--

Cognome	
---------	--

di allegare copia dei certificati penali delle seguenti persone	()
---	-----

Nome	
------	--

Cognome	
---------	--

CONDIZIONI

Il richiedente ha la cittadinanza di un paese non appartenente all'Unione Europea	[]
---	-----

Il responsabile delle attività educative, ricreative e gestionali è in possesso di documentazione che attesta l'esperienza nel settore	[X]
--	-----

L'attività è svolta in forma societaria (da NON cliccare in caso di SRL unipersonali o con amministratore unico e di SAS con unico accomandatario)	[]
--	-----

ALLEGATA

Documentazione che attesta esperienza nel settore del responsabile delle attività educative, ricreative e gestionali
--

<u>ALLEGATO A Dichiarazione di altri soci tenuti a fornire autocertificazione antimafia</u>

Dichiarazione del medico incaricato della casa vacanza
--

Copia del documento d'identità in corso di validità ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n.445 art.38 degli altri soci (OBBLIGATORIO per chi non sottoscrive digitalmente) [non obbligatorio]

Copia dei certificati penali acquisiti in corso di validità [non obbligatorio]
--

Tabella dietetica approvata dall'azienda Sanitaria locale

Progetto organizzativo contenente l'indicazione delle principali attività proposte (ludico-ricreative, sportive, educative, laboratoriali)
--

Copia documento d'identità in corso di validità ai sensi del DPR 445/2000 (OBBLIGATORIO per coloro che firmano in maniera autografa la PROCURA SPECIALE) [non obbligatorio]

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 del Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016)

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art.13 del Regolamento, le informazioni sono reperibili al seguente link:

<https://auwordpress.lepida.it/informativa-privacy/>

Data presentazione: