

**All'Ufficio Unico Offertasociale  
c/o Offertasociale**  
Piazza Marconi 7/D  
20871 Vimercate (MB)  
e  
**Al Comune di \_\_\_\_\_**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
(Art. 47 D.P.R. N. 445/2000)**

Il/la  
sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_  
in qualità di legale rappresentante della (società/cooperativa/associazione  
ecc.) \_\_\_\_\_

-----  
sede legale a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
P.E.C. \_\_\_\_\_  
P.IVA \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

**dichiara che l'attività organizzata di socialità e gioco per minori 3-17 anni**

denominata \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
sita nel Comune di \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**è in possesso dei requisiti previsti dal D.P.C.M. 17 maggio 2020 Allegato 8 e dalle linee guida previste dall'Ordinanza Regione Lombardia n. 555 del 29/05/2020.**

**Dichiara altresì**

- che detta attività è idonea ad accogliere un numero di ..... utenti;
- che la fascia/e di età a cui il servizio è rivolto è la seguente:

<input type="checkbox"/>	Fascia scuola dell'infanzia (3-5 anni)	N° Posti	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fascia scuola primaria (6-11 anni)	N° Posti	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fascia scuola secondaria Primo Grado (12-14 anni)	N° Posti	<input type="checkbox"/>

## MODELLO DI AUTODICHIARAZIONE *Da redigere su carta intestata*

- che la struttura in cui è ubicato il servizio è di proprietà / non è di proprietà (*cancellare l'opzione non corretta*) dell'Ente Gestore;
- che l'immobile in cui ha sede l'attività è compatibile con la destinazione d'uso della stessa;
- che l'inizio delle attività decorrerà dal ..... e si concluderà il.....;
- che tutta la documentazione e le certificazioni a comprova di quanto sopra dichiarato sono presenti in sede in apposito faldone a disposizione per il controllo.

### **1. PROGETTO ORGANIZZATIVO GENERALE DEL SERVIZIO OFFERTO, ORIENTAMENTI GENERALI PER LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ**

Descrivere gli standard per il rapporto numerico fra i bambini/e e/o gli adolescenti accolti e modalità e criteri/standard adottati per l'inclusione di bambini/e e/o adolescenti con disabilità, le strategie generali per il distanziamento fisico, i principi generali di igiene e pulizia e la programmazione delle attività.

[max. 2000 caratteri]

### **2. ACCESSIBILITÀ e ACCOGLIENZA**

Descrivere la procedura triage, le modalità di accoglienza e le modalità previste per la verifica della loro condizione di salute dei bambini/e e adolescenti,

[max. 500 caratteri]

### **3. CALENDARIO APERTURA E ORARIO QUOTIDIANO DI FUNZIONAMENTO**

Distinzione dei tempi di effettiva apertura all'utenza e di quelli - precedenti e successivi - previsti per la predisposizione quotidiana del servizio e per il suo riordino dopo la conclusione delle attività programmate

[max.500 caratteri]

### **4. AMBIENTI, SPAZI UTILIZZATI E LA LORO ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE, COMPRESA EVENTUALE GESTIONE, PREPARAZIONE DEI PASTI E LORO CONSUMO**

Descrivere i diversi ambienti per lo svolgimento delle attività previste, rappresentando la regolazione dei flussi e gli spostamenti e la corrispondenza ai requisiti di sicurezza, igiene e sanità, distanziamento fisico.

Allegare planimetria/piantina

[max. 1000 caratteri]

<b>Tabella spazi al chiuso</b>	<b>Numero</b>	<b>Mq</b>	<b>Altre informazioni</b>
Aule/Laboratori			N medio alunni.....
Palestre			
Spazio Mensa			N posti.....
Saloni polifunzionali			N posti.....
Servizi Igienici			
Ufficio			
Altro.....			
<b>Tabella spazi all'APERTO</b>	<b>Numero</b>	<b>Mq</b>	<b>Altre informazioni</b>
Aree Gioco			
Aree Sportive			
Terrazzi			
Altro.....			

### **5. PERSONALE**

Allegare elenco del personale impiegato, indicare la formazione sui temi della prevenzione di COVID-19

[max. 500 caratteri]

### **6. PASTI**

Se previsto il servizio, descriverne le modalità.

[max. 500 caratteri]

--

**7. TRASPORTO**

Se previsto il servizio, descriverne le modalità.

*[max. 500 caratteri]*

--

**8. ISCRIZIONI e RETTE**

Descrivere modalità di iscrizione che si intendono proporre alle famiglie (es. pre - iscrizioni e per quali destinatari, pagamento di caparre, ecc.). Specificare se prevista la mensa e i relativi costi.

*[max. 500 caratteri]*

--

**Scheda Personale riepilogativa:**

**Responsabile del progetto:**

Nome e Cognome .....

Titolo di studio e qualifica .....

Esperienze del Responsabile del servizio .....

.....

Compiti e funzioni del Responsabile (es. coordina il personale e lo supporta nella programmazione delle attività, si occupa della sostituzione del personale, mantiene i rapporti con gli Uffici Comunali, ecc.)

.....

.....

	<b>RUOLO / FUNZIONE DEGLI OPERATORI (educatore, assistente, ecc.)</b>	<b>PROFESSIONALITA' DEGLI OPERATORI (titolo di studio, esperienza, ecc.)</b>	<b>TIPO DI RAPPORTO (dipendenza, incarico, volontariato)</b>	<b>Orari giornalieri</b>	<b>Numero ore settimanali</b>
<b>1</b>					
<b>2</b>					
<b>3</b>					
<b>4</b>					
<b>5</b>					
<b>6</b>					
<b>7</b>					
<b>8</b>					
<b>9</b>					
<b>10</b>					

Si allega:

- Fotocopia carta identità del legale rappresentante
- Planimetria

Autorizza al trattamento e alla conservazione dei dati secondo le disposizioni di cui al R.E. 679/2016 e s.m.i. sulla Protezione dei dati Personali

In fede

luogo e data .....

.....  
(Firma e Timbro)