



ASSESSORATO WELFARE E LAVORO

DIREZIONE POLITICHE SOCIALI E POLITICHE
PER LA FAMIGLIASETTORE PROMOZIONE E SVILUPPO DELLA RETE DELLE
STRUTTURE, DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI, VIGILANZA E
CONTROLLOspazio riservato al protocollo regionale
(per informazioni tel. 011/4321546)

marca da bollo

€ 14,62

Contributi regionali finalizzati alla realizzazione di strutture
socio-assistenziali per anziani

DGR n. 37-10232 del 01.12.2008

Esclusi: Comuni singoli, convenzionati o Consorziati, ASL,
ONLUS, Cooperative sociali, Fondazioni, AssociazioniIl/la sottoscritt
Cognome e nomeNat .. il a
Data di nascita Luogo di nascita Provinciae residente a
Provincia Residente nel Comune Provincia Indirizzo N°. Civin qualità di Legale Rappresentante di
Denominazione completa dell'Ente richiedentecon sede legale (.....)
Via, n° CAP Comune Prov

Cod. Fisc./P. IVA

Tel. Fax E-mail
Recapiti telefonici

Nominativo di riferimento per comunicazioni tel.

Fax E-mail

RIVOLGE DOMANDA

per ottenere un contributo

di €. per lavori di
Importo in cifre tipologia lavori

del presidio denominato

sito in (.....)
Via, n° CAP Comune ProvA tal proposito sottoscrive le autodichiarazioni presenti all'interno del presente modulo
(barrare la casella interessata):

- ☐ 1. Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà del titolo di proprietà dell'immobile/area
- ☐ 2. Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà del titolo di disponibilità dell'immobile/area, per una durata almeno ventennale
- ☐ 3. Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà dell'atto costitutivo
- ☐ 4. Estremi di iscrizione o registrazione ad Albi o Registri regionali
- ☐ 5. Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà dell'iscrizione alla C.C.I.A.A.
- ☐ 6. Relazione tecnica e tab. 6.A - Requisiti dimensionali
- ☐ 7. Quadro economico riepilogativo
- ☐ 8. Dichiarazione sottoscritta dal progettista e vistata dal Responsabile del Procedimento

N.B. La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario addetto ovvero l'istanza sia presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità. Identica procedura vale in caso di invio per posta, fax o per via telematica.

ed allega la seguente documentazione
(barrare la casella interessata):

- ☐ 9. Atto formale di approvazione del progetto preliminare dell'intervento da realizzare, e del relativo piano finanziario, assunto dall'organo competente
- ☐ 10. Progetto preliminare dei lavori da eseguire redatto ai sensi dell'art. 93 del D.Lgs n. 163/2006 e s.m.i. e composto dai documenti previsti dall'art. 18 del D.P.R. n. 554/99;
- ☐ 11. Documentazione fotografica dell'area e/o dell'immobile oggetto di intervento;
- ☐ 12. Parere di congruità dell'intervento espresso dall'ASL territorialmente competente;
- ☐ 13. Parere di congruità dell'intervento espresso dall'Ente Gestore dei servizi socio-assistenziali;
- ☐ 14. Eventuale relazione tecnica sottoscritta dal progettista relativa alle scelte progettuali adottate nel campo del risparmio energetico e nell'impiego di fonti energetiche rinnovabili;
- ☐ 15. Eventuale relazione contenente il "progetto guida";
- ☐ 16. Atto di nomina del Responsabile Unico del Procedimento, nel caso di soggetti pubblici; per gli altri soggetti nomina del responsabile del procedimento ai sensi della Legge n. 241/90 e s.m.i.;
- ☐ 17. Elenco degli eventuali arredi da acquisire e calcolo sommario della relativa spesa;
- ☐ 18. Schema di disciplinare della fornitura;
- ☐ 19. Relazione di verifica del progetto preliminare con la normativa vigente sottoscritta dal responsabile del procedimento, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 554/99;
- ☐ 20. Eventuale copia certificato catastale dell'immobile o dell'area oggetto dell'intervento.

Data: _____

FIRMA E TIMBRO DEL RICHIEDENTE

N.B. La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario addetto ovvero l'istanza sia presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità. Identica procedura vale in caso di invio per posta, fax o per via telematica.

NOTIZIE GENERALI SULL'INTERVENTO

SOGGETTO RICHIEDENTE

NATURA GIURIDICA RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO

☐ Proprietario

☐ Con disponibilità a titolo:

.....
Convenzione/Comodato

☐ Comune

☐ IPAB

☐ COOP. Sociale

☐ Ente religioso

☐ Consorzio socio-assistenziale

☐ IPAB Privatizzata

☐ A.S.L.

☐ altro.....

LOCALIZZAZIONE PRESIDIO

TIPOLOGIA INTERVENTO

COMUNE:

A.S.L.:

TIPOLOGIA PRESIDIO

PRIMA INTERVENTO

DOPO INTERVENTO

☐ R.A. |_____|
p. letto

☐ R.A. |_____|
p. letto

☐ R.A.B. |_____|
p. letto

☐ R.A.B. |_____|
p. letto

☐ R.A.A. |_____|
p. letto

☐ R.A.A. |_____|
p. letto

☐ RSA |_____|
p. letto

☐ RSA |_____|
p. letto

☐ RAF |_____|
p. letto

☐ RAF |_____|
p. letto

☐ altro

☐ Realizzazione di una nuova struttura in cui trasferire il presidio esistente

☐ Trasformazione nuclei RAA,RAB,RA in nuclei per non autosufficienti (RSA-RAF)

☐ Adeguamento di nuclei residenziali per non autosufficienti ai requisiti strutturali previsti per il regime definitivo

☐ Adeguamento servizi generali e collettivi ai requisiti strutturali previsti per il regime definitivo

☐ Intervento di adeguamento parziale all'interno di un presidio di grandi dimensioni

☐ Altro

TIPOLOGIA REGIME AUTORIZZATIVO

☐ transitorio

☐ definitivo

☐ atto di registrazione

☐ mantenimento autorizzativo

☐ altro

Estremi Atto Autorizzativo:/.....
numero data

1) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA' del titolo di proprietà

(Artt. 47 e 48, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

DA COMPILARE A CURA DEL PROPRIETARIO

Il/la sottoscritt _____
Cognome e nome _____ Data di nascita _____
Luogo di nascita _____ Provincia _____ Residente nel Comune _____ Provincia _____

DICHIARA

consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76, DPR 445/2000,

che l'immobile/area sit_ nel comune di _____ (.....)

via _____ n° _____, individuat_ con i seguenti estremi catastali _____

_____, oggetto dell'intervento per il quale è richiesto il contributo

alla Regione Piemonte, è di libera ed esclusiva proprietà dell'Ente:

_____ denominazione Ente _____

è pervenuto con _____ atto n. _____ del _____

tipologia atto

registrato a _____ al n° _____

(*) timbro e firma dell'Ente proprietario

N.B. GLI ENTI CHE NON DISPONGONO DEGLI ESTREMI DEL TITOLO DI PROPRIETA' IN QUANTO L'ACQUISIZIONE E' PRECEDENTE ALL'ISTITUZIONE DEL REGISTRO IMMOBILIARE DEVONO ALLEGARE COPIA DEL CERTIFICATO CATASTALE RIPORTANTE L'INTESTATARIO DELL'IMMOBILE/AREA.

DA COMPILARE E SOTTOSCRIVERE A CURA DEL PROPRIETARIO DELL'IMMOBILE O DELL'AREA NEL CASO IN CUI IL RICHIEDENTE SIA UN ALTRO SOGGETTO

(Artt. 47 e 48, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

Dichiara inoltre di autorizzare _____ alla presentazione

dell'istanza di contributo ai sensi della DGR n. 37 – 10232 del 1/12/2008 e all'esecuzione dell'intervento proposto sull'edificio di proprietà dell'Ente da me rappresentato.

(*) timbro e firma dell'Ente proprietario

visto dell'Ente che presenta l'istanza

(*) Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero la dichiarazione sia trasmessa contestualmente o a completamento di un'istanza già presentata, corredata di copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

La sottoscrizione non è parimenti soggetta ad autenticazione se l'istanza è inviata per posta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

Ai sensi del Titolo II del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", si informa che i dati riferiti ai soggetti partecipanti verranno utilizzati soltanto per le finalità connesse al procedimento, non verranno comunicati o diffusi a terzi e verranno comunque trattati in modo da garantirne la riservatezza e la sicurezza. I dati personali comunicati sono utilizzati al solo scopo di procedere all'istruttoria della pratica e sono raccolti presso la Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia. La mancata comunicazione dei dati richiesti comporta l'impossibilità di procedere all'istruttoria. Responsabile del trattamento dati personali è il Direttore regionale Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia.

2) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA del titolo di disponibilità almeno ventennale

(Artt. 47 e 48, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

(DA COMPILARSI A CURA DEL RICHIEDENTE NEL CASO SIA DIVERSO DAL PROPRIETARIO)

Il/la sottoscritt ...
Cognome e nome Data di nascita Luogo di nascita

Provincia Residente nel Comune Provincia Indirizzo N°

DICHIARA

consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76, D.P.R. 445/2000, che:

- l'immobile/area sit_ in via.....N.....,
individuat_ con i seguenti estremi catastali,
- oggetto dell'intervento per il quale è richiesto il contributo alla Regione Piemonte, è di libera ed esclusiva **DISPONIBILITA'** dell'Ente:
.....
denominazione Ente
- è pervenut_ con
tipologia atto
n°del
registrato a al n°
- la disponibilità dell'immobile/area è di durata pari ad anni.....

Data

TIMBRO E FIRMA DEL RICHIEDENTE

(*) Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero la dichiarazione sia trasmessa contestualmente o a completamento di un'istanza già presentata, corredata di copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

La sottoscrizione non è parimenti soggetta ad autenticazione se l'istanza è inviata per posta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

Ai sensi del Titolo II del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", si informa che i dati riferiti ai soggetti partecipanti verranno utilizzati soltanto per le finalità connesse al procedimento, non verranno comunicati o diffusi a terzi e verranno comunque trattati in modo da garantirne la riservatezza e la sicurezza. I dati personali comunicati sono utilizzati al solo scopo di procedere all'istruttoria della pratica e sono raccolti presso la Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia. La mancata comunicazione dei dati richiesti comporta l'impossibilità di procedere all'istruttoria. Responsabile del trattamento dati personali è il Direttore regionale Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia.

3) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA' DELL'ATTO COSTITUTIVO

(Artt. 47 e 48, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

DA COMPILARSI SE IL RICHIEDENTE E' ENTE O SOGGETTO PRIVATO

Il/la sottoscritt____:
Cognome e nome Codice fiscale Data di nascita

Luogo di nascita Provincia Residente nel Comune Provincia
Indirizzo in qualità di legale rappresentante dell'Ente/Società

Denominazione

con sede
Indirizzo completo

dichiara, consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni mendaci, che l'Ente suddetto è stato costituito in data

..... con atto.....

ed esercita l'attività di.....
Riportare in sintesi le attività previste dallo Statuto

dal

L'Ente è stato riconosciuto con atto:.....
tipologia atto n° del

Data TIMBRO E FIRMA (*)

4) DA COMPILARSI SE IL RICHIEDENTE E' COOPERATIVA SOCIALE O ENTE DI DIRITTO PRIVATO

☐ COOPERATIVA SOCIALE iscritta all'ALBO regionale con provvedimento

...../.....

n° atto anno

☐ ENTE ASSISTENZIALE DI DIRITTO PRIVATO ISCRITTO con provvedimento/.....

n° atto anno

Data TIMBRO E FIRMA (*)

(*) Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero la dichiarazione sia trasmessa contestualmente o a completamento di un'istanza già presentata, corredata di copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

La sottoscrizione non è parimenti soggetta ad autenticazione se l'istanza è inviata per posta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

Ai sensi del Titolo II del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", si informa che i dati riferiti ai soggetti partecipanti verranno utilizzati soltanto per le finalità connesse al procedimento, non verranno comunicati o diffusi a terzi e verranno comunque trattati in modo da garantirne la riservatezza e la sicurezza. I dati personali comunicati sono utilizzati al solo scopo di procedere all'istruttoria della pratica e sono raccolti presso la Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia. La mancata comunicazione dei dati richiesti comporta l'impossibilità di procedere all'istruttoria. Responsabile del trattamento dati personali è il Direttore regionale Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia.

5) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' DELL' ISCRIZIONE ALLA CAMERA DI COMMERCIO PER IMPRESE COLLETTIVE

(Artt. 47 e 48, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

Il/la sottoscritt____:
Cognome e nome Data di nascita
.....
Luogo di nascita Provincia Residente nel Comune Provincia
..... in qualità di legale rappresentante dell'Impresa collettiva.....
Indirizzo/Codice fiscale Denominazione

..... con sede

....., dichiara, consapevole delle responsabilità penali derivanti da
Indirizzo completo

dichiarazioni mendaci, n. Iscrizione al registro delle imprese, data di iscrizione

presso la CCIAA di

codice fiscale/partita I.V.A. forma giuridica

data di costituzione data termine oggetto sociale

Legali rappresentanti e amministratori :

dichiara altresì l'assenza a carico dell'Impresa di procedure esecutive concorsuali.

Data

TIMBRO E FIRMA (*)

(*) Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero la dichiarazione sia trasmessa contestualmente o a completamento di un'istanza già presentata, corredata di copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

La sottoscrizione non è parimenti soggetta ad autenticazione se l'istanza è inviata per posta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

Ai sensi del Titolo II del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", si informa che i dati riferiti ai soggetti partecipanti verranno utilizzati soltanto per le finalità connesse al procedimento, non verranno comunicati o diffusi a terzi e verranno comunque trattati in modo da garantirne la riservatezza e la sicurezza. I dati personali comunicati sono utilizzati al solo scopo di procedere all'istruttoria della pratica e sono raccolti presso la Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia. La mancata comunicazione dei dati richiesti comporta l'impossibilità di procedere all'istruttoria. Responsabile del trattamento dati personali è il Direttore regionale Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia.

6 RELAZIONE TECNICA E REQUISITI DIMENSIONALI

Denominazione struttura

Inquadramento territoriale (*ubicazione, norme urbanistiche, localizzazione servizi, ecc.*):

Stato di fatto dell'immobile:

Previsioni progettuali (*motivazioni dell'intervento, descrizione dei lavori da realizzare, scelte progettuali, ecc.*):

Elenco sommario eventuali arredi da acquisire:

Timbro e firma del progettista	Visto: Il Responsabile del Procedimento
--------------------------------	---

Spazio a disposizione dell'istruttoria dell'ufficio

Tab 6.A

REQUISITI DIMENSIONALI

R.S.A. - Residenza Sanitaria Assistita - R.A.F. - Residenza Assistenziale Flessibile

(Indicare le superfici previste dalle norme e quelle effettive interessate dall'intervento)

AREE FUNZIONALI		 p.l.	p.l.	p.l.	 p.l.	 p.l.	 p.l.	p.l.	p.l.
		mq. previsti	mq. effettivi	mq. previsti	mq. effettivi	mq. previsti	mq. effettivi	mq. previsti	mq. effettivi
Area Abitativa									
Servizi di nucleo	pranzo								
	soggiorno								
	pers. ass.								
	bagno assistito								
	cucinotta								
	Tot. parziale								
Servizi Collettivi	ingresso								
	uffici								
	servizi igienici collettivi								
	soggiorno comune								
	Ristorante bar								
	sala polivalente								
	attività occupazionali								
	culto								
	parrucchiere pedicure								
	Tot. Parziale								
Servizi Ausiliari	Camera mortuaria								
	deposito igienici								
	Tot. Parziale								
Servizi Generali	Cucina dispensa								
	lavanderia stileria								
	spogliato personale								
	magazzino								
	locali a disposiz. Ospiti								
	deposito sporco								
	deposito pulito								
	Tot. Parziale								
Servizi Sanitari	Ambulatorio								
	Podologo								
	Palestra								
	Tot. Parziale								
	Connettivo								
	TOTALE								

7 QUADRO ECONOMICO RIEPILOGATIVO

A) Importo a base d'asta (al netto di IVA e spese tecniche)	€.	_____
B) Importo totale fornitura arredi	€.	_____
C) TOTALE	€.	_____
D) Importo contributo	€.	_____

8 DICHIARAZIONE DEL PROGETTISTA

Il/la sottoscritt _____
Cognome e nome _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Provincia _____ Residente nel Comune _____ Provincia _____ Indirizzo _____
in qualità di _____ abilitato _____
ingegnere - architetto - geometra _____ Albo professionale e n. Iscrizione _____

dichiara che l'intervento previsto rispetta i requisiti strutturali previsti dalle norme statali e regionali di riferimento, nonché delle deliberazioni regionali attuative, il tutto a garanzia della completa agibilità e fruibilità del presidio.

Data

Timbro e firma del progettista

.....

Visto: Il Responsabile del Procedimento

.....

TABELLA RIASSUNTIVA CRITERI DI SELEZIONE
(Per la compilazione barrare una sola casella per ogni voce)

TIPOLOGIA AUTORIZZAZIONE PRESIDIO

- ☐ presidio in possesso di autorizzazione al funzionamento come RA, RAB e RAA ai sensi della DGR 38/92; (15)
- ☐ presidio in possesso di registrazione o di mantenimento autorizzativo ante DGR 38/92 (10)
- ☐ presidio in possesso di autorizzazione al funzionamento RAF o RSA in regime transitorio (5)
- ☐ presidio in possesso di autorizzazione al funzionamento RAF o RSA in regime definitivo (1)

punti |____|

EQUILIBRI TERRITORIALI

In relazione alla percentuale del numero di posti letto disponibili rapportati alla popolazione ultrasessantacinquenne residente nell'ASL di appartenenza (vedi tab. A allegata)

- ☐ per % inferiore o pari a 2 (10)
- ☐ per % comprese tra 2,01 e 2,50 (7)
- ☐ per % comprese tra 2,51 e 3 (4)
- ☐ per % > 3,01 (1)

punti |____|

TIPOLOGIA DEI SOGGETTI

- ☐ Soggetti pubblici (Comuni singoli o associati, ASL, Consorzi socio-ass.li, IPAB) (5)
- ☐ Soggetti privati (IPAB privatizzate in Fondazioni o Associazioni, Enti religiosi, Cooperative sociali) (3)

punti |____|

ULTERIORI ELEMENTI DI PRIORITA'

N.B. per consentire l'attribuzione del punteggio è necessario allegare un'apposita relazione tecnica sottoscritta dal progettista

- ☐ soluzioni tecnologiche innovative nel campo del risparmio energetico (3)

TOT punti |____|