

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 16 febbraio 2023, n. 132

**L.R. n. 9/2017, art. 29-bis (Semplificazione della disciplina delle procedure relative ad autorizzazione all'esercizio e accreditamento) - APPROVAZIONE Linee guida per la presentazione dell'autocertificazione e Modelli di autocertificazione per le RSA E CENTRI DIURNI R.R. N. 4/2019 E R.R. N. 5/2019.**

L'Assessore, sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario responsabile di P.O. e confermata dal Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza alle persone in condizioni di fragilità – Assistenza Sociosanitaria e dal Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

La legge regionale 30 novembre 2022, n. 30 "Assestamento e variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022–2024" all'art. 24 ha introdotto l'art. 29-bis (Semplificazione della disciplina delle procedure relative ad autorizzazione all'esercizio e accreditamento) alla legge regionale 2 maggio 2017, n. 9 "Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private" prevedendo l'istituto dell'autocertificazione in relazione ad alcune procedure relative all'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie.

Il testo di legge espressamente prevede:

*"Art. 24*

*Modifica alla legge regionale 2 maggio 2017, n. 9*

1. *Alla legge regionale 2 maggio 2017, n. 9 dopo l'art. 29 è aggiunto il seguente:*

*"Art. 29-bis (Semplificazione della disciplina delle procedure relative ad autorizzazione all'esercizio e accreditamento)*

*1. Le disposizioni previste dal presente articolo si applicano alle strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 5, comma 1, della presente legge, con esclusione delle strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti di cui all'articolo 5, comma 1, punto 1.1. della presente legge.*

*2. Fermo restando il rispetto della normativa statale e regionale in tema di autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio ed accreditamento, le strutture di cui al comma 1 interessate da procedimenti di conversione, conferma dei posti letto, posti, prestazioni, funzioni già autorizzati all'esercizio e accreditati o autorizzati in relazione ad una specifica sede, previa trasmissione di autocertificazione ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) su modello predisposto dalla Giunta regionale relativo al possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui alla sopravvenuta normativa regolamentare di settore, s'intendono transitoriamente accreditate e/o autorizzate all'esercizio in relazione alla medesima sede ai sensi della nuova normativa, nel limite dei posti assegnati da appositi provvedimenti regionali, fino al rilascio dei provvedimenti di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e del rilascio dell'accreditamento istituzionale.*

*3. Fermo restando il rispetto della normativa statale e regionale in tema di autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio ed accreditamento, le strutture di cui al comma 1 già autorizzate all'esercizio in relazione ad una specifica sede, previa trasmissione di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 su modello predisposto dalla Giunta regionale relativo al possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti a livello regolamentare ai fini dell'accreditamento, s'intendono transitoriamente accreditate in relazione alla medesima sede, nel limite dei posti letto, posti, prestazioni, funzioni già autorizzati all'esercizio e assegnati ai fini dell'accreditamento da appositi provvedimenti regionali, fino al rilascio dei provvedimenti di accreditamento istituzionale.*

*4. La Giunta regionale adotta con deliberazione le linee guida ed i modelli di autocertificazione nel rispetto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla specifica normativa regolamentare di settore. Per le RSA e Centri diurni di cui ai r.r. 4/2019 e 5/2019 la deliberazione è adottata entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.*

5. L'erogatore ha l'obbligo di mantenere i requisiti autocertificati ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento transitorio. In caso di accertata carenza anche di un solo requisito, la Sezione regionale competente dichiara la decadenza ex tunc dell'accreditamento transitorio, della conferma dell'autorizzazione all'esercizio e del presupposto parere di compatibilità al fabbisogno per le strutture di cui al comma 2; per le strutture di cui al comma 3 dichiara la decadenza ex tunc dell'accreditamento transitorio e adotta il provvedimento di revoca dell'autorizzazione all'esercizio e del presupposto parere di compatibilità al fabbisogno. Entrambi i casi comportano il recupero da parte della ASL territorialmente competente delle eventuali quote sanitarie percepite dalla struttura sin dalla data dell'autocertificazione.

6. In relazione alla specifica regolamentazione di settore, in caso di mancata trasmissione dell'autocertificazione relativa al possesso dei requisiti ai sensi del presente articolo entro il termine perentorio previsto dalla Giunta regionale, il procedimento di conversione o il procedimento di accreditamento proseguono o si conformano esclusivamente ai sensi degli articoli 8 e 24 della l.r. 9/2017.”.

L'articolo 29-bis della L.R. n. 9/2017 prevede una procedura semplificata che consente di anticipare gli effetti dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento in relazione alle strutture i cui legali rappresentanti autocertifichino il possesso dei requisiti previsti dalla normativa regolamentare di settore applicabile.

La procedura di semplificazione mediante autocertificazione si applica:

- a) alle strutture interessate da processi di conversione da una normativa ad un'altra destinatarie di provvedimenti di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e di rilascio/conferma di accreditamento;
- b) alle strutture già autorizzate all'esercizio che sono destinatarie di posti/prestazioni/funzioni in accreditamento.

In particolare, l'articolo 29-bis rinviene la propria *ratio* nella necessità di consentire alle strutture che siano dotate dei requisiti di accreditamento e/o di autorizzazione all'esercizio previsti dalla normativa regolamentare di settore applicabile, previa apposita autocertificazione del possesso dei requisiti medesimi, di essere considerate accreditate e/o autorizzate *ex lege*, nelle more dell'espletamento delle procedure ordinarie di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento, le quali richiedono tempistiche lunghe necessarie ai fini dell'espletamento delle verifiche dei requisiti da parte dei soggetti competenti e delle attività istruttorie regionali, sia preliminari che successive alle predette verifiche, finalizzate all'adozione del provvedimento finale.

Con riferimento all'ambito soggettivo di applicazione, il comma 1 dell'articolo *de quo* prevede che le relative disposizioni si applicano alle strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'art. 5, comma 1 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., escludendo le strutture che erogano prestazioni di ricovero ospedaliero, ovvero alle strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari extraospedaliere, strutture di specialistica ambulatoriale.

Con riferimento all'ambito oggettivo di applicazione delle nuove disposizioni, il comma 2 prevede la possibilità che le strutture già autorizzate all'esercizio in relazione ad una determinata sede, in caso di soggezione all'obbligo di adeguamento ai requisiti di accreditamento e/o di autorizzazione all'esercizio previste dalla normativa regolamentare di settore sopravvenuta e, conseguentemente, ai provvedimenti di conversione/conferma posti letto/posti/prestazioni/funzioni già autorizzati accreditati e/o autorizzati all'esercizio, si considerino autorizzate o autorizzate ed accreditate transitoriamente *ex lege*, purché tali strutture rientrino nel fabbisogno regolamentare in quanto specificamente individuate in appositi provvedimenti regionali di assegnazione del fabbisogno, qualora il legale rappresentante trasmetta alla Regione il modello di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 in relazione al possesso nella medesima sede dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui alla sopravvenuta normativa regolamentare.

Il comma 3 prevede l'applicabilità di tali disposizioni altresì alle strutture già autorizzate all'esercizio in relazione ad una specifica sede che presentino istanza di accreditamento istituzionale, il cui legale rappresentante trasmetta alla Regione il modello di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 in relazione al possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti ai fini dell'accreditamento istituzionale nella medesima sede, nelle ipotesi in cui tali strutture rientrino:

- i. nel fabbisogno regolamentare previsto ai fini dell'accreditamento in quanto il medesimo coincida con il fabbisogno previsto ai fini dell'autorizzazione all'esercizio;
- ii. nel fabbisogno regolamentare in quanto specificamente individuate in appositi provvedimenti regionali di assegnazione del fabbisogno.

Le predette autocertificazioni devono conformarsi ai modelli di autocertificazione relativa al possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi ed alle relative linee guida e modelli che sono adottati con apposito provvedimento di Giunta regionale per ciascuna tipologia di struttura.

Si evidenzia che tale regime di accreditamento provvisorio e/o di conferma dell'autorizzazione all'esercizio provvisoria, non sostituisce il procedimento ordinario di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento ai sensi, rispettivamente, degli articoli 8 e 24 della legge 2 maggio 2017, n. 9, in quanto il medesimo regime transitorio si applica nelle more che vengano espletate le verifiche dei requisiti da parte dei soggetti competenti (il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL territorialmente competente in relazione ai requisiti di autorizzazione all'esercizio e l'OTA/Dipartimento di Prevenzione di ASL esterna in relazione ai requisiti di accreditamento) e le attività istruttorie regionali propedeutiche all'adozione del provvedimento finale di accreditamento definitivo e/o autorizzazione all'esercizio definitiva.

La facoltà di presentare l'autocertificazione prevista dall'articolo 29-bis deve essere esercitata entro il termine stabilito con il presente provvedimento di Giunta regionale di adozione dei modelli, a pena di decadenza dalla predetta facoltà, fermo restando che in ogni caso i procedimenti di accreditamento e di conversione/conferma dell'accreditamento e/o dell'autorizzazione all'esercizio attivati su istanza di parte sono istruiti, in ogni caso, secondo le procedure ordinarie ai sensi degli articoli 8 e 24 della legge 2 maggio 2017, n. 9.

Nelle ipotesi in cui, in sede di verifica da parte dei soggetti competenti su incarico della Sezione regionale competente, venga accertata la carenza, alla data dell'autocertificazione, di uno o più requisiti autocertificati, la Sezione regionale competente dichiara la decadenza *ex tunc* dell'accreditamento transitorio e/o dell'autorizzazione all'esercizio transitoria, con consequenziale recupero delle quote sanitarie percepite dalla struttura provvisoriamente accreditata.

Nelle sopra richiamate ipotesi di dichiarazione di decadenza dell'accreditamento transitorio e/o dell'autorizzazione all'esercizio transitoria è precluso il rilascio del provvedimento definitivo di accreditamento e/o di autorizzazione all'esercizio, stante il carattere sanzionatorio dell'ipotesi di decadenza sopra richiamata.

La giurisprudenza amministrativa ha più volte rilevato che, in base all'art. 75 del d.P.R. n. 445 del 2000, la non veridicità della dichiarazione sostitutiva presentata comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, non lasciando tale disposizione alcun margine di discrezionalità alle Amministrazioni che si avvedano della non veridicità delle dichiarazioni. Inoltre, l'art. 75, comma 1, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 prescinde, per la sua applicazione, dalla condizione soggettiva del dichiarante, attestandosi sul dato oggettivo della non veridicità, rispetto al quale sono irrilevanti il complesso delle giustificazioni addotte dal dichiarante. In altre parole, la disposizione in esame non richiede alcuna valutazione circa il dolo o la grave colpa del dichiarante, poiché, se così fosse, verrebbe meno la ratio della disciplina che è volta a semplificare l'azione amministrativa, facendo leva sul principio di autoresponsabilità del dichiarante: il corollario che deve trarsi da tale constatazione è che la non veridicità di quanto autodichiarato rileva sotto un profilo oggettivo e conduce alla decadenza dei benefici ottenuti con l'autodichiarazione non veritiera, indipendentemente da

ogni indagine dell'Amministrazione sull'elemento soggettivo del dichiarante, perché non vi sono particolari risvolti sanzionatori in giuoco, ma solo le necessità di spedita esecuzione della legge sottese al sistema della semplificazione. L'accertamento dell'elemento soggettivo, peraltro, può essere rilevante sotto altri profili, ad es. per verificare la sussistenza di un eventuale reato di truffa (art. 640 del c.p.), ma non per applicare le conseguenze decadenziali legate alla non veridicità obiettiva della dichiarazione.

Nemmeno può essere messa in discussione l'applicazione della decadenza *tout court* in caso di falsa dichiarazione nell'eventualità che la falsa dichiarazione possa riguardare aspetti che incidono in minor misura sul possesso della totalità dei requisiti previsti dai due regolamenti regionali in ragione del principio di irragionevolezza e sproporzionalità della sanzione, adducendo a motivazione la circostanza che:

- l'istituto della decadenza prescinde dall'effettiva gravità del medesimo trattamento a situazioni oggettivamente diverse, con la conseguenza che nei casi di non veridicità su aspetti di minima rilevanza concreta possono aversi conseguenze abnormi e sproporzionate rispetto al reale disvalore del fatto.
- il rigido automatismo in esame sarebbe lesivo dell'equilibrio fra le diverse esigenze in giuoco, poiché pregiudicherebbe i diritti costituzionali del singolo. La finalità di semplificazione si risolverebbe, in definitiva, nella diminuzione degli adempimenti a carico dell'amministrazione pubblica, a fronte di un'eccessiva autoresponsabilità del privato.

Invero, l'accesso all'istituto dell'autocertificazione con conseguente decadenza *ex tunc* dei benefici in caso di false dichiarazioni è uno strumento alternativo alle ordinarie procedure previste dalla Legge Regionale n. 9/2017 a mente delle quali è ammesso il contraddittorio ai sensi della legge 241/90 sulla partecipazione al procedimento amministrativo. Perciò, potendosi optare su un duplice percorso per il conseguimento dei titoli definitivi (*id est* la conferma dell'autorizzazione all'esercizio e il rilascio dell'accreditamento) ne consegue la non irragionevolezza e sproporzione della sanzione prevista dall'art. 29-bis della L.R. n. 9/2017.

In sede di prima applicazione della norma, le strutture a cui l'istituto dell'autocertificazione trova applicazione sono le RSA ed i Centri diurni di cui ai Regolamenti regionali n. 4/2019 e n. 5/2019. Tali strutture sono interessate da un processo di conferma delle autorizzazioni al funzionamento di cui al previgente R.R. n. 4/2007 e di rilascio dell'accreditamento istituzionale.

Nello specifico, le predette strutture, a seguito del percorso di conversione dei posti dalla precedente normativa di settore (*id est* R.R. n. 4/2007 e R.R. n. 3/2005) alla vigente normativa (*id est* R.R. n. 4/2019 e R.R. n. 5/2019), a seguito di presentazione di apposita istanza sono risultate destinatarie di posti confermabili ai fini dell'autorizzazione all'esercizio ed accreditabili così come assegnati con DGR n. 1006/2020, DGR n. 1409/2020.

In applicazione dei seguenti articoli di legge regionale – art. 18 L.R. n. 26/2020 - art 6, comma 2 L.R. n. 18/2020 - art 4 L.R. n. 15/2021 – alle predette strutture sono stati assegnati come accreditabili ulteriori posti con le deliberazioni DGR n. 1729/2021, DGR n. 2243/2021, DGR n. 2244/2021 e DGR n. 416/2022. Con le predette deliberazioni la Giunta regionale ha assegnato un termine di 30 giorni decorrente dalla pubblicazione del provvedimento entro il quale i legali rappresentanti delle strutture assegnatarie degli ulteriori posti in accreditamento avrebbero dovuto trasmettere la dichiarazione di accettazione degli ulteriori posti assegnati, ovvero rinuncia espressa. Risulta, tuttavia, che non tutte le strutture abbiano ottemperato a quanto innanzi. Posto che le delibere di cui innanzi prevedevano l'adesione o con accettazione o con rinuncia e che molte strutture non hanno espresso alcuna scelta comunicando (per le vie brevi o formalmente) che la mancata adesione era dovuta al fatto di non aver avuto conoscenza delle delibere di assegnazione, risulta necessario riaprire i termini per l'accettazione stabilendo sin d'ora che lo spirare del nuovo termine concesso senza aver espresso alcuna scelta equivarrà a rinuncia espressa.

Per tale motivazione, si propone con il presente provvedimento di riaprire i termini per l'accettazione dei

posti e di assegnare ulteriori 30 giorni decorrenti dalla pubblicazione del presente provvedimento sul BURP entro il quale i legali rappresentanti delle strutture assegnatarie degli ulteriori posti in accreditamento di cui alle DGR n. 1729/2021, DGR n. 2243/2021, DGR n. 2244/2021 e DGR n. 416/2022 possono trasmettere la dichiarazione di accettazione degli ulteriori posti assegnati.

#### Richiamati

- Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”* con particolare riferimento agli articoli 8, 8-bis, 8-ter, 8-quater, 8-quinquies
- La legge regionale 2 maggio 2017 n. 9 *“Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio, all’accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private”*
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 di *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*

Con il presente provvedimento si propone di approvare le linee guida ed i modelli di autocertificazione in relazione alle predette strutture, di cui agli allegati 1,A,B,C,D,E al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale.

Si propone, inoltre, che l’opzione facoltativa per l’utilizzo dell’istituto transitorio dell’autocertificazione abbia la durata di 90 giorni a decorrere dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURP. Il termine dei 90 giorni costituisce termine perentorio ai sensi del comma 6, art. 29-bis L.R. n. 9/2017 a mente del quale: *“6. In relazione alla specifica regolamentazione di settore, in caso di mancata trasmissione dell’autocertificazione relativa al possesso dei requisiti ai sensi del presente articolo entro il termine perentorio previsto dalla Giunta regionale, il procedimento di conversione o il procedimento di accreditamento proseguono o si conformano esclusivamente ai sensi degli articoli 8 e 24 della l.r. 9/2017.”.*

L’Assessore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi della L.R. n. 7/97, art. 4, lett. K., propone alla Giunta:

- a. di approvare l’allegato 1 al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, contenente le *“LINEE GUIDA PER LA PRESENTAZIONE DELL’AUTOCERTIFICAZIONE RELATIVA AL POSSESSO DEI REQUISITI AI FINI DEL CONSEGUIMENTO DELL’AUTORIZZAZIONE ALL’ESERCIZIO E L’ACCREDITAMENTO TRANSITORI - RSA E CENTRI DIURNI R.R. N. 4/2019 E R.R. N. 5/2019”* ai sensi dell’art. 29-bis L.R. n. 9/2017
- b. di approvare i seguenti modelli da utilizzarsi per la presentazione dell’autocertificazione secondo le indicazioni riportate nelle linee guida di cui all’allegato 1, allegati al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale:
  - MODELLO A – AUTOCERTIFICAZIONE RSA NON AUTOSUFFICIENTI R.R.n. 4/2019
  - MODELLO B – AUTOCERTIFICAZIONE CENTRO DIURNO NON AUTOSUFFICIENTI R.R. n. 4/2019
  - MODELLO C – AUTOCERTIFICAZIONE RSA DISABILI R.R. n. 5/2019
  - MODELLO D – AUTOCERTIFICAZIONE CENTRO DIURNO DISABILI R.R. n. 5/2019
  - MODELLO E - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE IN MERITO AL POSSESSO DEI TITOLI E DI INCARICO ALLA QUALIFICA DI RESPONSABILE SANITARIO
- c. Di stabilire che l’opzione facoltativa per l’utilizzo dell’istituto transitorio dell’autocertificazione abbia la durata di 90 giorni a decorrere dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURP. Il termine dei 90 giorni costituisce termine perentorio ai sensi del comma 6, art. 29-bis L.R. n. 9/2017;
- d. Di stabilire che i legali rappresentanti delle strutture assegnatarie degli ulteriori posti in accreditamento di cui alle DGR n. 1729/2021, DGR n. 2243/2021, DGR n. 2244/2021 e DGR n. 416/2022, qualora non



avessero trasmesso formale accettazione dei predetti posti, possono trasmettere la dichiarazione di accettazione degli ulteriori posti assegnati entro e non oltre i 30 giorni successivi decorrenti dalla pubblicazione del presente provvedimento sul BURP manifestando l'opzione alla pec [sociosanitario.regione@pec.rupar.puglia.it](mailto:sociosanitario.regione@pec.rupar.puglia.it) ;

- e. Di precisare che la previsione di cui al precedente punto d) è indipendente e non vincolante ai fini dell'utilizzo dell'istituto dell'autocertificazione ai sensi dell'art. 29-bis L.R. n. 9/2017, che rimane una opzione transitoria e su base volontaria stabilita dalla legge per l'ottenimento della conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento in alternativa al procedimento da compiersi ai sensi degli articoli 8 e 24 della L.R. n. 9/2017”;
- f. Di notificare il presente provvedimento a cura della Sezione proponente ai Direttori generali ASL, ai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione, Direttori di Area Sociosanitaria, alle Associazioni rappresentative delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
- g. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. n. 13/1994

**VERIFICA AI SENSI DEL D.LGS. N. 196/2003 E DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016  
GARANZIE DI RISERVATEZZA**

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo sul sito Istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

**Valutazione di impatto di genere**

La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della DGR n. 302 del 07/03/2022.

L'impatto di genere stimato è:

diretto

indiretto

neutro

**“COPERTURA FINANZIARIA DI CUI AL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II ”**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del Bilancio Regionale.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio affidato è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Funzionario P.O.  
(Francesca Vantaggiato)

Il Dirigente del Servizio Strategia e Governo dell'Assistenza alle Persone in condizioni di Fragilità – Assistenza Sociosanitaria  
(Elena Memeo)

Il Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta  
(Mauro Nicastro)

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere, sulla proposta di delibera, osservazioni, ai sensi del combinato disposto degli artt. 18 e 20 del DPGR n.443/2015.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA  
SALUTE E BENESSERE ANIMALE  
(Vito Montanaro)

L'ASSESSORE  
(Rocco Palese)

#### **LA GIUNTA**

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema dal funzionario P.O., dal Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza alle persone in condizioni di fragilità - Assistenza sociosanitaria e dal Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

#### **DELIBERA**

Di approvare la relazione dell'Assessore, per le motivazioni espresse in premessa, che quivi si intendono integralmente riportate, e per l'effetto:

- a. di approvare l'allegato 1 al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, contenente le *"LINEE GUIDA PER LA PRESENTAZIONE DELL'AUTOCERTIFICAZIONE RELATIVA AL POSSESSO DEI REQUISITI AI FINI DEL CONSEGUIMENTO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E L'ACCREDITAMENTO TRANSITORI - RSA E CENTRI DIURNI R.R. N. 4/2019 E R.R. N. 5/2019"* ai sensi dell'art. 29-bis L.R. n. 9/2017
- b. di approvare i modelli da utilizzarsi per la presentazione dell'autocertificazione secondo le indicazioni riportate nelle linee guida di cui all'allegato 1, allegati al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale:
  - MODELLO A – AUTOCERTIFICAZIONE RSA NON AUTOSUFFICIENTI R.R.n. 4/2019
  - MODELLO B – AUTOCERTIFICAZIONE CENTRO DIURNO NON AUTOSUFFICIENTI R.R. n. 4/2019
  - MODELLO C – AUTOCERTIFICAZIONE RSA DISABILI R.R. n. 5/2019
  - MODELLO D – AUTOCERTIFICAZIONE CENTRO DIURNO DISABILI R.R. n. 5/2019
  - MODELLO E - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE IN MERITO AL POSSESSO DEI TITOLI E DI INCARICO ALLA QUALIFICA DI RESPONSABILE SANITARIO
- c. Di stabilire che l'opzione facoltativa per l'utilizzo dell'istituto transitorio dell'autocertificazione abbia

- la durata di 90 giorni a decorrere dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURP. Il termine dei 90 giorni costituisce termine perentorio ai sensi del comma 6, art. 29-bis L.R. n. 9/2017;
- d. Di stabilire che i legali rappresentanti delle strutture assegnatarie degli ulteriori posti in accreditamento di cui alle DGR n. 1729/2021, DGR n. 2243/2021, DGR n. 2244/2021 e DGR n. 416/2022, qualora non avessero trasmesso formale accettazione dei predetti posti, possono trasmettere la dichiarazione di accettazione degli ulteriori posti assegnati entro e non oltre i 30 giorni successivi decorrenti dalla pubblicazione del presente provvedimento sul BURP manifestando l'opzione alla pec [sociosanitario.regione@pec.rupar.puglia.it](mailto:sociosanitario.regione@pec.rupar.puglia.it) ;
  - e. Di precisare che la previsione di cui al precedente punto d) è indipendente e non vincolante ai fini dell'utilizzo dell'istituto dell'autocertificazione ai sensi dell'art. 29-bis L.R. n. 9/2017, che rimane una opzione transitoria e su base volontaria stabilita dalla legge per l'ottenimento della conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento in alternativa al procedimento da compiersi ai sensi degli articoli 8 e 24 della L.R. n. 9/2017”;
  - f. Di notificare il presente provvedimento a cura della Sezione proponente ai Direttori generali ASL, ai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione, Direttori di Area Sociosanitaria, alle Associazioni rappresentative delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
  - g. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. n. 13/1994

Il Segretario della Giunta  
ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta  
MICHELE EMILIANO



Firmato digitalmente da  
ELENA MEMEO  
Regione Puglia  
Firmato il 15/02/2023 18:01  
Seriale certificato : 644105



**REGIONE  
PUGLIA**



Mauro Nicastro  
16.02.2023  
10:34:08  
GMT+00:00

ALLEGATO 1

**L.R. N. 30/2022 ART. 24**

**LINEE GUIDA PER LA PRESENTAZIONE DELL'AUTOCERTIFICAZIONE RELATIVA AL POSSESSO DEI REQUISITI AI FINI DEL  
CONSEGUIMENTO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E L'ACCREDITAMENTO TRANSITORI  
RSA E CENTRI DIURNI R.R. N. 4/2019 E R.R. N. 5/2019**

**1. TIPOLOGIE DI STRUTTURE AMMESSE ALLA PROCEDURA DI AUTOCERTIFICAZIONE**

La L.R. n. 30/2022 art. 24 ha introdotto l'art. 29-bis alla L.R. n. 9/2017 che prevede l'applicazione di una procedura di semplificazione mediante autocertificazione per le RSA e CENTRI DIURNI di cui ai R.R. n. 4/2019 e R.R. n. 5/2019.

Sono ammesse alla procedura di cui innanzi le RSA e Centri diurni per non autosufficienti e le RSA e Centri diurni disabili interessate da processi di conversione dalla previgente normativa (R.R. n. 3/2005 e R.R. n.4/2007) a quella vigente (R.R. n.4/2019 e R.R. n. 5/2019) e destinatarie di provvedimenti di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e di rilascio/conferma di accreditamento.

Più nel dettaglio sono ammesse alla procedura in oggetto le seguenti strutture:

1. RSA e Centri diurni ex R.R. n. 3/2005 pubbliche e private già autorizzate all'esercizio e accreditate che hanno sottoscritto le preintese ai sensi dell'art. 12 dei RR n. 4 e n.5 del 2019 il cui elenco con relativi posti letto/posti è allegato alla DGR n. 1006/2020
2. RSSA ex art. 66 e Centri diurni ex art. 60-ter R.R. n. 4/2007 pubbliche e private già autorizzate al funzionamento destinatarie dei posti in accreditamento il cui elenco con relativi posti letto/posti è allegato alle seguenti deliberazioni: DGR n. 1409/2020 e s.m.i., DGR n. 1729/2021 e DGR n. 2243/2021
3. RSSA ex art. 58, Comunità socio riabilitative ex art. 57 e Centri diurni ex art. 60 R.R. n. 4/2007 pubbliche e private già autorizzate al funzionamento destinatarie dei posti in accreditamento il cui elenco con relativi posti letto/posti è allegato alle seguenti deliberazioni: DGR n. 1409/2020 e s.m.i., DGR n. 1729/2021, DGR n. 2243/2021, DGR n. 2244/2021 e DGR n. 416/2022
4. RSSA ex art. 66, Centri diurni ex art. 60-ter, RSSA ex art. 58, Comunità socio riabilitative ex art. 57 e Centri diurni ex art. 60 R.R. n. 4/2007 pubbliche e private già autorizzate al funzionamento destinatarie di posti ai soli fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio il cui elenco con relativi posti letto/posti è allegato alla DGR n. 1409/2020 e s.m.i.

**PER COMODITÀ DI CONSULTAZIONE, DI SEGUITO SI PUBBLICANO GLI ELENCHI AGGIORNATI DELLE STRUTTURE AMMESSE ALLA PROCEDURA DI SEMPLIFICAZIONE.**

Tale elenco è stato elaborato a scopo meramente ricognitivo al fine di costituire un riferimento per le strutture che intendono partecipare alla procedura semplificata, per cui, dalla stessa non discende riconoscimento alcuno alle strutture né alcun obbligo a carico dell'amministrazione che si riserva la facoltà di verificare successivamente l'applicabilità della normativa citata alla singola struttura indicata in elenco.

**2. TIPOLOGIE DI STRUTTURE NON AMMESSE ALLA PROCEDURA DI AUTOCERTIFICAZIONE**

La procedura di semplificazione mediante autocertificazione **NON SI APPLICA** alle seguenti tipologie di strutture in quanto trattasi nel caso di specie di rilascio di autorizzazioni all'esercizio ex novo:

- Residenze Sociali Assistenziali per Anziani RSAA ex art. 67 R.R. n. 4/2007 che hanno chiesto ai sensi dell'art. 7-bis L.R. n. 53/2017 la qualificazione in RSA non autosufficienti R.R. n. 4/2019;
- RSA e Centri diurni sociosanitari (ex art. 66, art. 57, art. 58, art. 60, art. 60-ter R.R. n. 4/2007) ammessi a finanziamento con fondi FESR ai fini della realizzazione (art. 29, comma 7 L.R. n. 9/2017);
- RSA e Centri diurni sociosanitari (ex art. 66, art. 57, art. 58, art. 60, art. 60-ter R.R. n. 4/2007) a cui è stato rilasciato parere di compatibilità al fabbisogno regionale a seguito di permesso a costruire o SCIA (art. 29, comma 7-bis L.R. n. 9/2017);



## ALLEGATO 1

- RSA e Centri diurni per soggetti non autosufficienti R.R. n. 4/2019 e RSA e Centri diurni disabili R.R. n. 5/2019 che a seguito di presentazione di istanza di autorizzazione alla realizzazione ai sensi dell'art. 7 LR n. 9/2017 hanno ottenuto parere di compatibilità favorevole al fabbisogno regionale.

La procedura di semplificazione mediante autocertificazione **NON SI APPLICA** inoltre a:

- RSA e CENTRI DIURNI di cui ai R.R. n. 4/2019 e R.R. n. 5/2019 che presentino, ai sensi dell'art. 17 L.R. n. 9/2017, istanza di autorizzazione alla realizzazione per trasferimento dalla sede già autorizzata all'esercizio/funzionamento in altra sede in quanto in tale nuova sede si configura la fattispecie di rilascio di autorizzazione all'esercizio ex novo;
- RSA e CENTRI DIURNI di cui ai R.R. n. 4/2019 e R.R. n. 5/2019 che presentino istanza di trasferimento di titolarità dell'autorizzazione all'esercizio/funzionamento, unitamente al complesso organizzato di beni e/o persone, ad altro soggetto in conseguenza di atti di autonomia privata ai sensi dell'art. 9 LR n. 9/2017 in quanto in tale fattispecie si configura il rilascio di autorizzazione all'esercizio ex novo.

Si chiarisce che le RSA e CENTRI DIURNI di cui ai R.R. n. 4/2019 e R.R. n. 5/2019 alle quali è stato già rilasciato il provvedimento di conferma dell'autorizzazione all'esercizio o il provvedimento di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e il rilascio dell'accreditamento istituzionale non devono usufruire di tale procedura di semplificazione.

**Parimenti, non devono usufruire di tale procedura di semplificazione le RSA e CENTRI DIURNI di cui ai R.R. n. 4/2019 e R.R. n. 5/2019 alle quali i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL incaricati delle verifiche sul possesso dei requisiti ai fini dell'autorizzazione e dell'accreditamento hanno già trasmesso gli esiti alla Regione alla data dell'entrata in vigore delle presenti linee guida coincidente con la data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.**

### 3. PROCEDURE DA SEGUIRE PER AVVALERSI DELL'ISTITUTO DI AUTOCERTIFICAZIONE

L'autocertificazione riguarda il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi ai fini del riconoscimento *ex lege* dell'autorizzazione all'esercizio transitoria ed il possesso degli ulteriori requisiti di qualità ai fini del riconoscimento *ex lege* dell'accreditamento transitorio. Ne consegue che l'entità dei requisiti da autocertificare richiede una notevole precisione con particolare riguardo ai requisiti organizzativi che devono essere rapportati al numero dei posti letto/posti e che devono tenere in conto le figure professionali (infermieri/OSS) aggiuntive da garantire durante il turno notturno, così come previste dai regolamenti.

Inoltre, in taluni casi le strutture ammesse alla procedura di autocertificazione di cui al paragrafo 1 hanno un numero di posti letto/posti da riconoscersi ai fini dell'autorizzazione all'esercizio più elevato rispetto a quelli a riconoscersi ai fini dell'accreditamento.

Ne consegue che l'autocertificazione deve essere compilata in modo assolutamente fedele ai requisiti da possedersi, al fine di non vanificare l'obiettivo che la legge si pone ovvero quello di permettere alle strutture di conseguire i titoli provvisori al fine di poter operare sul territorio con oneri a carico del SSR. A ciò si aggiunga la circostanza che la compilazione del modello di autocertificazione non fedele al numero ed alla tipologia di requisiti previsti dai regolamenti regionali vanificherebbe l'obiettivo e produrrebbe un aggravio delle procedure da attuarsi.

Pertanto, i modelli di autocertificazione allegati alle presenti linee guida devono essere personalizzati dalla competente struttura regionale. A tal fine, i legali rappresentanti delle strutture devono richiedere alla pec dedicata [autocertificazione.regione@pec.rupar.puglia.it](mailto:autocertificazione.regione@pec.rupar.puglia.it) la trasmissione dei modelli di autocertificazione personalizzati in base al numero dei posti letto/posti oggetto di conferma di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento.

#### 3.1 VADEMECUM PER LA RICHIESTA DEI MODELLI DI AUTOCERTIFICAZIONE

- a. Utilizzare unicamente la pec dedicata [autocertificazione.regione@pec.rupar.puglia.it](mailto:autocertificazione.regione@pec.rupar.puglia.it) per la procedura di autocertificazione. Non saranno ammesse richieste indirizzate ad altre pec della Regione.

**REGIONE  
PUGLIA**

ALLEGATO 1

- b. Segnalare la volontà di volersi avvalere dell'istituto dell'autocertificazione e contestualmente richiedere i modelli personalizzati compilando il modello A), apporre firma leggibile/firma digitale e timbro della società/ente da parte del legale rappresentante, allegare copia del documento di identità.
- c. Trasmettere il modello A) controfirmato alla pec [autocertificazione.regione@pec.rupar.puglia.it](mailto:autocertificazione.regione@pec.rupar.puglia.it)
- d. Entro e non oltre 5 giorni lavorativi dalla ricezione della pec, il competente Servizio regionale risponderà alla richiesta trasmettendo i modelli di autocertificazione personalizzati. Tali modelli non dovranno essere modificati nel contenuto né dovranno essere ricopiati dalla società/ente su carta intestata o altro. Dovranno soltanto essere compilati così come ricevuti.
- e. Ritrasmettere alla pec [autocertificazione.regione@pec.rupar.puglia.it](mailto:autocertificazione.regione@pec.rupar.puglia.it) i modelli compilati, firmati e timbrati dal legale rappresentante della società/ente. Tutti i campi dovranno essere compilati. In caso di compilazione parziale dei modelli, la procedura di autocertificazione non sarà andata a buon fine, ragion per cui la struttura non potrà intendersi come autorizzata all'esercizio e accreditata transitoriamente *ex lege*.
- f. La competente Sezione regionale, con cadenza settimanale, approva con determinazione l'elenco delle strutture che sono transitoriamente autorizzate all'esercizio e accreditate *ex lege* e trasmette tale elenco al Direttore generale della ASL ove ha sede operativa la struttura, al fine della eventuale stipula dell'accordo contrattuale nel limite dei posti oggetto di accreditamento transitorio.
- g. L'accordo contrattuale potrà eventualmente essere sottoscritto dal Direttore Generale della Asl competente giorno successivo alla pubblicazione della determinazione di cui sopra.

4. DIRETTIVE AI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE IN MERITO ALLE VERIFICHE SUI REQUISITI OGGETTO DI AUTOCERTIFICAZIONE
--

Successivamente all'approvazione delle Determinazioni con l'elenco delle strutture transitoriamente autorizzate la Regione, provvede ad integrare gli incarichi già conferiti inviando ai Dipartimenti competenti l'autocertificazione acquisita, ai fini della verifica della stessa in sede di sopralluogo.

L'autorizzazione e l'accredito definitivo verranno rilasciati dopo la verifica del possesso dei prescritti requisiti, controllo esercitabile nella fase di passaggio dal regime provvisorio a quello definitivo.

D'altra parte, l'autocertificazione di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 200, n. 445, è solo un mezzo di speditezza ed alleggerimento provvisorio dell'attività istruttoria, cioè di semplificazione delle formalità del rapporto, e non un mezzo di prova legale, sicché il suo contenuto resta sempre necessariamente esposto alla doverosa verifica ad opera dell'Amministrazione prima di procedere al rilascio dei provvedimenti definitivi.

Nella fase di verifica del possesso dei requisiti è necessario che i legali rappresentanti forniscano la documentazione probatoria comprovante gli elementi di cui il legale rappresentante si è limitato a fornire la dichiarazione, non essendo più sufficiente nella fase di verifica la semplice autocertificazione.

In tal senso, nel caso di mancata esibizione di documentazione probatoria ovvero di produzione di documenti non coerenti nel contenuto a quanto dichiarato il Dipartimento di Prevenzione incaricato delle verifiche dovrà dare comunicazione alla Regione per l'adozione dei provvedimenti conseguenti.

Quanto, alla verifica dei requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici necessari per la conferma del titolo autorizzativo nonché per il rilascio dell'accredito i soggetti preposti dovranno verificare, anche richiedendo le opportune informazioni alla Pubblica Amministrazione (INPS), che alla data della presentazione dell'autocertificazione la struttura fosse in possesso di tutti i requisiti dichiarati.

Qualora la predetta verifica sortisca esito positivo il Dipartimento di Prevenzione della Asl competente dovrà altresì verificare che la struttura dalla data dell'autocertificazione alla data della verifica abbia conservato i requisiti senza soluzione di continuità.



## ALLEGATO 1

Quanto alle verifiche da condurre e alla documentazione da acquisire, ferma restando la facoltà dei soggetti accertatori di richiedere la documentazione che ritengano necessaria ai fini dell'accertamento, si riporta di seguito un elenco a titolo esemplificativo e non esaustivo riguardante la verifica dei requisiti organizzativi:

- a. Verificare che per ogni figura professionale sia rispettato il debito orario indicato nell'autocertificazione;
- b. Verificare e fornire evidenza che nella struttura sia presente un infermiere che, in aggiunta rispetto allo standard organizzativo delle RSA, garantisca il turno notturno all'interno della struttura. Va da sé che in fase di verifica dei requisiti organizzativi i Dipartimenti di Prevenzione dovranno constatare in aggiunta rispetto allo standard organizzativo che sia presente un infermiere di notte ogni nucleo da 20 pl; ovvero un infermiere di notte e per i nuclei successivi al primo alternativamente per nucleo da 20 pl o n. 1 infermiere (36 ore sett.) o n. 1,1 OSS (per 42 ore a sett.).
- c. Verificare l'elenco nominativo di tutto il personale assunto, la qualifica, il titolo di studio, l'iscrizione all'albo (se prevista), e la tipologia di contratto stipulato acquisendo la seguente documentazione:
  - Dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà ex art. 47, D.P.R. n. 445/2000 di tutto il personale assunto e/o incaricato in ordine al possesso dei titoli di studio, dei titoli professionali, di iscrizione ai rispettivi Albi ove prevista, nonché in ordine all'assenza di cause di incompatibilità di legge;
  - Copia dei contratti definitivi e/o incarichi di tutto il personale impiegato (non sono ammissibili dichiarazioni di impegno all'assunzione);
  - Comunicazione Unilav;
  - Dichiarazione di accettazione dell'incarico da parte del Responsabile sanitario e sull'insussistenza delle cause di inconfiribilità ed incompatibilità di cui al d. lgs. 8 aprile 2013 n.39.
  - Documentazione attestante i titoli del responsabile sanitario (Laurea, relativa specializzazione, iscrizione all'albo provinciale);
- d. Verificare il rispetto del rapporto di assunzioni di lavoratori a tempo determinato rispetto ai lavoratori a tempo indeterminato (di seguito si riportano alcune precisazioni in merito alle tipologie contrattuali ammesse):
  - il contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato costituisce la forma comune di rapporto di lavoro (D.Lgs. n. 81/2015 e s.m.i., art. 1);
  - i rapporti di collaborazione devono avere obbligatoriamente la forma scritta e devono prevedere espressamente il debito orario ed il luogo di lavoro. Le collaborazioni (contratto di lavoro autonomo) sono consentite soltanto se prestate nell'esercizio di professioni intellettuali, per le quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi professionali. Gli Albi professionali delle professioni sanitarie, a seguito dell'emanazione della legge n. 3/2018, sono quelli istituiti con il Decreto Ministeriale 13 marzo 2018 all'interno degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione (Ordini TSRM PSTRP). I rapporti di collaborazione non sono previsti per la figura dell'Operatore Socio Sanitario in quanto per tale figura professionale non è previsto l'albo professionale (D.Lgs. n. 81/2015 e s.m.i., art. 2);
  - Ai contratti di lavoro subordinato a tempo determinato si applicano le previsioni di cui all'art. 19 del D.Lgs. n. 81/2015 ( forma scritta; durata non superiore a dodici mesi; durata superiore ai dodici mesi e comunque non eccedente i ventiquattro mesi, solo in presenza di almeno una delle seguenti condizioni: a) **esigenze temporanee e oggettive, estranee all'ordinaria attività, ovvero esigenze di sostituzione di altri lavoratori;** b) esigenze connesse a incrementi temporanei, significativi e non programmabili, dell'attività ordinaria; in caso di stipulazione di un contratto di durata superiore a dodici mesi in assenza delle condizioni di cui alle lettere a) e b), il contratto si trasforma in contratto a tempo indeterminato dalla data di superamento del termine di dodici mesi. (Legge n. 96/2018);
  - Il numero complessivo dei contratti di lavoro a tempo determinato è quello previsto dall'art. 23 del D.Lgs. n. 81/2015 e s.m.i., salvo diversa disposizione dei contratti collettivi. Pertanto,



**REGIONE  
PUGLIA**

ALLEGATO 1

quanto al personale da assumere con contratto di lavoro a tempo determinato si precisa che, salvo diversa disposizione dei contratti collettivi, non possono essere assunti lavoratori a tempo determinato in misura superiore al **20 per cento** del numero dei lavoratori a tempo indeterminato.

- Non sono ammessi tutti contratti di collaborazione con i dipendenti della struttura.
- e. Verifiche che la figura dell'educatore professionale rientri in una delle ipotesi di seguito indicate:
- ✓ Educatore professionale sanitario con laurea della classe L/SNT2 Professioni sanitarie della riabilitazione e relativa iscrizione all'albo di cui al DM del 13 marzo 2018;
  - ✓ I soggetti senza il titolo di cui al punto 1 ma che siano iscritti all'elenco speciale istituito presso l'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (legge 145/2018, art. 1 comma 537);
  - ✓ I soggetti senza il titolo di cui al punto 1 che alla data del 01.01.2018 abbiano un contratto di lavoro con la struttura sociosanitaria oggetto di verifica e che a quella data abbiano svolto l'attività di educatore per un periodo minimo di dodici mesi, anche non continuativi;
  - ✓ Educatori professionali socio-pedagogici nel limite di *massimo un terzo*, calcolato sul numero di educatori professionali (unità a tempo pieno oppure debito orario settimanale) previsti nelle tabelle dei requisiti organizzativi dei RR n. 4/2019 e RR n. 5/2019, con arrotondamento del valore ottenuto in eccesso per frazioni superiori allo 0,5 e in difetto, per frazioni inferiori allo 0,5;
  - ✓ Per le strutture già autorizzate ai sensi del RR 4 del 2007, educatore socio-pedagogico in alternativa all'educatore socio-sanitario (l'art 7 della LR 8 giugno 2021, n. 15).

A seguito del predetto accertamento i Dipartimenti incaricati dovranno predisporre apposito verbale da inoltrare alla Regione dal quale si evinca che è stato effettuato il doppio controllo: sulla veridicità di quanto dichiarato alla data dell'autocertificazione e sulla permanenza dei requisiti dopo tale data e fino alla data della verifica.

5. ELENCO DEI MODELLI DA UTILIZZARE PER L'AUTOCERTIFICAZIONE

Quanto ai modelli da utilizzare sono allegati i seguenti modelli da utilizzare ai fini dell'autocertificazione dei requisiti:

- a) **MODELLO A – AUTOCERTIFICAZIONE RSA NON AUTOSUFFICIENTI R.R.n. 4/2019**
- b) **MODELLO B – AUTOCERTIFICAZIONE CENTRO DIURNO NON AUTOSUFFICIENTI R.R. n. 4/2019**
- c) **MODELLO C – AUTOCERTIFICAZIONE RSA DISABILI R.R. n. 5/2019**
- d) **MODELLO D – AUTOCERTIFICAZIONE CENTRO DIURNO DISABILI R.R. n. 5/2019**
- e) **MODELLO E - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE IN MERITO AL POSSESSO DEI TITOLI E DI INCARICO ALLA QUALIFICA DI RESPONSABILE SANITARIO**

Unitamente all'autocertificazione redatta secondo uno dei modelli innanzi citati, il legale rappresentante dovrà inoltrare il MODELLO E "Dichiarazione sostitutiva di certificazione in merito al possesso dei titoli e di incarico alla qualifica di responsabile sanitario" sottoscritto dal Responsabile sanitario corredato dal documento di identità dello stesso.



**REGIONE  
PUGLIA**

ALLEGATO 1

**ELENCHI AGGIORNATI DELLE STRUTTURE AMMESSE ALLA PROCEDURA DI SEMPLIFICAZIONE**

<b>RSA ex R.R. n. 3/2005</b>		
<b>ASL BA</b>		
<b>titolare</b>	<b>denominazione</b>	<b>sede</b>
ASL BA	RSA PUBBLICA	LOCOROTONDO
ASL BA	RSA PUBBLICA	ALBEROBELLO
ASL BA	RSA PUBBLICA	MODUGNO
ASL BA	RSA PUBBLICA	MOLA DI BARI
ASL BA	RSA PUBBLICA	SANNICANDRO DI BARI
ASL BA	RSA PUBBLICA	NOICATTARO
HOTEL SAN FRANCISCO srl	RSA - "HOTEL SAN FRANCISCO"	TRIGGIANO
<b>ASL BT</b>		
<b>titolare</b>	<b>denominazione</b>	<b>sede</b>
ASL BT	RSA PUBBLICA	ANDRIA
AURA srl	RSA "MADONNA DELLA PACE"	ANDRIA
<b>ASL BR</b>		
<b>titolare</b>	<b>denominazione</b>	<b>sede</b>
ASL BR	RSA PUBBLICA	OSTUNI
<b>ASL FG</b>		
<b>titolare</b>	<b>denominazione</b>	<b>sede</b>
ASL FG	RSA PUBBLICA	SANNICANDRO GARGANICO
ASL FG	RSA PUBBLICA	SAN MARCO IN LAMIS
ASL FG	RSA PUBBLICA	MONTE SANT'ANGELO
ASL FG	RSA PUBBLICA	ACCADIA
ASL FG	RSA PUBBLICA	TROIA
COMUNE di BOVINO / ECOSERVICE srl	RSA "IL GIRASOLE"	BOVINO
IRIS spa	RSA "MADONNA DELLA LIBERA"	RODI GARGANICO
TOTALE		
<b>ASL LE</b>		
<b>titolare</b>	<b>denominazione</b>	<b>sede</b>
ASL LE	RSA PUBBLICA	ALESSANO
ASL LE	RSA PUBBLICA	CAMPI SALENTINA
ASL LE	RSA PUBBLICA	COPERTINO
CASA AMATA srl	RSA "VILLA ARMONIA"	TAVIANO
EUROITALIA srl	RSA - "EUROITALIA"	CASARANO




**REGIONE  
PUGLIA**

ALLEGATO 1

IST. PROV.NATIVITA' BMV-O.SS.T.	RSA DISABILI "CASA MADRE DEL BUON RIMEDIO"	GAGLIANO DEL CAPO
<b>ASL TA</b>		
<b>titolare</b>	<b>denominazione</b>	<b>sede</b>
ASL TA	RSA PUBBLICA	CRISPIANO
ASL TA	RSA PUBBLICA	TORRICELLA
FONDAZIONE SAN RAFFAELE	RSA "CITTADELLA DELLA CARITA'"	TARANTO
OSMAIRM	RSA	LATERZA
CIVILTA' FUTURA COOPERATIVA SOCIALE	RSA - "RESIDENZA VILLA GENUSIA"	GINOSA

<b>ELENCO RSA NON AUTOSUFFICIENTI R.R. N. 4/2019</b>					
<b>ASL DI COMPETENZA</b>	<b>NUMERO STRUTTURE</b>	<b>COMUNE</b>	<b>DISTRETTO</b>	<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>INDIRIZZO</b>
<b>ASL BA</b>	1	Adelfia	DSS TRIGGIANO	RESIDENCE ANZIANI CASA CATERINA	TRAVERSA DI VIA FIENO n. n.SN
	2	Adelfia	DSS TRIGGIANO	R.S.S.A SAN PIO	Via Generale Scattaglia n. n.s.c.
	3	Altamura	DSS ALTAMURA	Associazione Pia Comunità Cecilia VentricellaONLUS	via Gravina n. n.92
	4	Altamura	DSS ALTAMURA	C.D.C. MADONNA DEL BUONCAMMINO s.r.l.	Contrada Torre La Macchia-Altamura n. n.s.n.c.
	5	Bari	DSS BARI	CENTRO ANZIANI OPERA DON GUANELLA	Via Giulio Petroni n. n.121
	6	Bari	DSS BARI	Opera Pia Di Venere	Via Vaccarella n. n.1
	7	Bari	DSS BARI	SAN GABRIELE	Via Cacudi n. n.35/37
	8	Bari	DSS BARI	SANTA TERESA	VIA G. POSTIGLIONE n. n.14/D
	9	Bari	DSS BARI	VILLA APELUSION	Via Martiri della Resistenza n. n.23
	10	Bari	DSS BARI	VILLA FIORITA	Via Caduti della strage di Bologna n. n.16
	11	Bari	DSS BARI	VILLA GIOVANNA	VIA GIACOMO PUCCINI n. n.6
	12	Bari	DSS BARI	VILLA MARICA	Via Napoli n. n.234/I
	13	Bari	DSS BARI	Windsor club del nonno	Via parallela via Mario Amoruso n. n.62/7


**REGIONE  
PUGLIA**

ALLEGATO 1

	14	Bitonto	DSS BITONTO	VILLA GIOVANNI XXIII	Via G. Dossetti, 8
	15	Bitritto	DSS MODUGNO	HOTEL SAN FRANCISCO s.r.l.	Via Festa n. n.2
	16	Capurso	DSS TRIGGIANO	CASA SERENA	Via Noicattaro n. n.s.n.c.
	17	Capurso	DSS TRIGGIANO	GIOVANNI PAOLO II	Via San Carlo n. n.64
	18	Casamassima	DSS GIOIA DEL COLLE	VALORE DI CURA	Via Don Domenico Parente n. n.12
	19	Cassano Delle Murge	DSS GRUMO APPULA	MARIA ASSUNTA SRL	C.DA FRA DIAVOLO n. n.S.N.
	20	Cassano Delle Murge	DSS GRUMO APPULA	RESIDENCE PER ANZIANI SRL	C.DA FRA DIAVOLO n. n.S.N.
	21	Cassano Delle Murge	DSS GRUMO APPULA	RESIDENZA PROTETTA VILLA DEI PINI	Via Convento n. n.99/b
	22	Cassano Delle Murge	DSS GRUMO APPULA	SAN MARTINO	Via Matteotti n. 1
	23	Cassano Delle Murge	DSS GRUMO APPULA	SAN MARTINO srl	Via E. Fermi n. n.1
	24	Castellana Grotte	DSS PUTIGNANO	ASP "DON GIOVANNI SILVESTRI"	Largo San Giuseppe n. n.7
	25	Castellana Grotte	DSS PUTIGNANO	Oasi - Centro per Anziani	via Resistenza n. n.105
	26	Cellamare	DSS TRIGGIANO	RESIDENZA SANTA RITA	Via Filippo Turati n. n.13
	27	Corato	DSS CORATO	BEATA VERGINE MARIA SS. SALS INFIMORUM	Via Castel del monte n. n.Km 3
	28	Corato	DSS CORATO	Casa Alberta	Via Prenestina n. n.s.c.
	29	Corato	DSS CORATO	REGENERATION HOME	VIA DELLA MACINA n. n.0
	30	Corato	DSS CORATO	RESIDENZA PROTETTA MADONNA DELLE GRAZIE	Viale degli Anemoni n. n.21
	31	Gioia Del Colle	DSS GIOIA DEL COLLE	R. S. S. A. PADRE G. SEMERIA	VIA GIUSEPPE DI VITTORIO n. n.90
	32	Giovinazzo	DSS MOLFETTA	HELIOS S.R.L.	STRADA STATALE 16 KM 787+ 0,50 n. n.0
	33	Modugno	DSS MODUGNO	Cavallino Hotel	S.s. 96 Km 119+200 n. n.sn
	34	Monopoli	AMBITO DI CONVERSANO	ASP Romanelli Palmieri	Largo Cardinale Marzati n. n.7
	35	Monopoli	DSS CONVERSANO	PA.E.CA. RESIDENZA PROTETTA REGINA PACIS srl	VIA VECCHIA S. ANTONIO n. n.16


**REGIONE  
PUGLIA**

ALLEGATO 1

	36	Noicattaro	DSS MOLA DI BARI	"LA RESEDA"	Strada Prov.le Noicattaro - Torre a Mare, s.n.c. Noicattaro n. n.s.n.c.
	37	Noicattaro	DSS MOLA DI BARI	NUOVA FENICE	Via Genovesi n. n.22
	38	Noicattaro	DSS MOLA DI BARI	SAN NICOLA	STRADA PROVINCIALE NOICATTARO TORRE A MARE n. n.S.N.C.
	39	Santeramo In Colle	DSS ALTAMURA	CASA DI RIPOSO "G.SIMONE - V.CALABRESE"	VIA PIETRO SETTE n. n.1
	40	Triggiano	DSS TRIGGIANO	HOTEL SAN FRANCISCO TRIGGIANO s.r.l.	via Lame, 15
	41	Turi	DSS GIOIA DEL COLLE	New Eden	via altiero spinelli n. n.49
	42	Turi	DSS GIOIA DEL COLLE	RSSA MAMMA ROSA	Via Cisterna n. n.14
	43	Turi	DSS GIOIA DEL COLLE	VILLA EDEN	Via Altiero Spinelli n. n.49
	44	Valenzano	DSS TRIGGIANO	VILLA MARIA MARTINA	Via Vecchia per Ceglie n. n.s.n.c.
<b>ASL DI COMPETENZA</b>	<b>NUMERO STRUTTURE</b>	<b>COMUNE</b>	<b>DISTRETTO</b>	<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>INDIRIZZO</b>
<b>ASL BT</b>	1	Andria	DSS ANDRIA	RSSA Madonna delle Grazie	Contrada Lamapaola - Via Trani n. n.km 4,5
	2	Trinitapoli	DSS MARGHERITA DI SAVOIA	DOMUS LAURETANA_CASA DI RIPOSO PROTETTA	Via della Transumanza n.3
<b>ASL DI COMPETENZA</b>	<b>NUMERO STRUTTURE</b>	<b>COMUNE</b>	<b>DISTRETTO</b>	<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>INDIRIZZO</b>
<b>ASL BR</b>	1	Brindisi	DSS BRINDISI	RSSA IL FOCOLARE	STRADA STATALE 7 PER MESAGNE n. n.4
	2	Brindisi	DSS BRINDISI	R.S.S.A. San Francesco d'Assisi	Via San Giusto n. n.2
	3	Fasano	DSS OSTUNI	A.S.P. TERRA DI BRINDISI CANONICO LATORRE E CANONI	Contrada Gravinella n. n.nc
	4	Fasano	DSS OSTUNI	Sancta Maria Regina Pacis	Strada Vicinale Vecchia Canale n. n.SN
	5	Latiano	DSS MESAGNE	"Pio Istituto C. Scazzeri"	Viale Cotrino n. n.1
	6	Latiano	DSS MESAGNE	ROSA ALUISIO	Via De Gasperi n. n.14-16- 18


**REGIONE  
PUGLIA**

ALLEGATO 1

	7	Mesagne	DSS MESAGNE	RSSA PER ANZIANI " SANT' ANTONIO DI PADOVA"	Via Arno n. n.9
	8	Mesagne	DSS MESAGNE	R.S.S.A. " VILLA IRIS"	Via Tito Speri n. n.s.n.
	9	Mesagne	DSS MESAGNE	Villa Bianca	Via Torre Santa Susanna n. n.s.n.c.
	10	Oria	DSS FRANCAVILLA FONTANA	Residenza Sociosanit Assistenziale"Madre Teresa"	SANTUARIO SAN COSIMO ALLA MACCHIA n. n.SN
	11	Oria	DSS FRANCAVILLA FONTANA	R.S.S.A. "VILLA MARTINI"	VIA EPITAFFIO n. n.19
	12	Ostuni	DSS OSTUNI	RSSA Pinto - Cerasino	via Pinto n. n.52
	13	Ostuni	DSS OSTUNI	RSSA VILLA NAZARETH	VIA L. SANTOLARI n. n.SN
<b>ASL DI COMPETENZA</b>	<b>NUMERO STRUTTURE</b>	<b>COMUNE</b>	<b>DISTRETTO</b>	<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>INDIRIZZO</b>
<b>ASL FG</b>	1	Bovino	DSS TROIA	LA SPERANZA GIOVANNI PAOLO II	Localita Valleverde n. n.s.n.
	2	Foggia	DSS FOGGIA	FONDAZIONE MARIA GRAZIA BARONE - ONLUS	VIA MARCHESE DE ROSA n. n.1
	3	Lucera	DSS LUCERA	R.S.S.A. Dott. Michele Darco	Via Maria de Peppo Serena n. n.snc
	4	Manfredonia	DSS MANFREDONIA	A.S.P. SMAR CASA DI RIPOSO ANNA RIZZI	VIA TRIBUNA n. n.57
	5	Manfredonia	DSS MANFREDONIA	RSSA "LE RONDINELLE"	VIA DEI FENICOTTERI n. n.10
	6	Monte Sant'Angelo	DSS MANFREDONIA	Villa Santa Maria di Pulsano	Via per Pulsano Km.1 n. n.s.n.
	7	San Giovanni Rotondo	DSS SAN MARCO IN LAMIS	R.S.S.A Madre Teresa	Via Turbacci n. n.20
	8	San Marco in Lamis	DSS SAN MARCO IN LAMIS	RSSA Fondazione Pia Michelina ed Eugenio Gravina onlus	via Santa Maria de Mattias n. 1
	9	Torremaggiore	DSS SAN SEVERO	RSSA "LIPARTITI RICCI"	Via Fiani n. n.56
	10	Torremaggiore	DSS SAN SEVERO	RSSA "SAN FRANCESCO"	VIA SAN FRANCESCO n. n.8-20
	11	Vieste	DSS VICO DEL GARGANO	CASA PROTETTA	Località Macchia di Mauro n. n.snc


**REGIONE  
PUGLIA**

ALLEGATO 1

ASL DI COMPETENZA	NUMERO STRUTTURE	COMUNE	DISTRETTO	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO
	1	Alezio	DSS GALLIPOLI	SANTA RITA (piano terra, primo e secondo piano))	Via Rocci Perrella n. n.118
	2	Botrugno	DSS POGGIARDO	IGNAZIO GUARINI ONLUS	PIAZZA INDIPENDENZA n. n.9
	3	Gagliano Del Capo	DSS GAGLIANO DEL CAPO	RSSA SAN GIORGIO	via Roma angolo piazzetta del Gesu n.0
	4	Lecce	DSS LECCE	Resid. Sociosanitaria Assistenziale "Sacro Cuore"	Via Monteroni n. n.248
	5	Lecce	DSS LECCE	RSSA "MARANGI-CRISPINO"	VIA VERCELLI n. n.21
	6	Maglie	DSS MAGLIE	RSSA LINNEO E ANGELINA VARESE	Via Carducci n. n.s.n.c.
	7	Nociglia	DSS POGGIARDO	cpaf capece srl	via tasso n. n.23
	8	Otranto	DSS MAGLIE	VILLA CALAMURI RSSA	VIA DEI CAMPI INGLESII - ZONA PIP n. n.S.N.
	9	San Cassiano	DSS POGGIARDO	R.S.S.A. "GIOVANNI CATAMO"	Via Lubelli, Angolo Via Monticelli n. n.sn
	10	Secli'	DSS NARDO'	R.S.S.A. SANTA LAURA S.R.L.	VIA ARADEO n. n.90
	11	Sogliano Cavour	DSS GALATINA	VILLA MODONI	P.ZZA DELLA REPUBBLICA n. n.44
	12	Taviano	DSS GALLIPOLI	CASA PROTETTA PER ANZIANI SERENITY SRL	VIA OBERDAN n. n.3
	13	Taviano	DSS GALLIPOLI	LE ALI	Via Carabiniere Martino Manzo n. n.37
ASL DI COMPETENZA	NUMERO STRUTTURE	COMUNE	DISTRETTO	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO
	1	Ginosa	DSS GINOSA	RESIDENZA VILLA GENUSIA-R.S.S.A.	Contrada Tufarelle
	2	Grottaglie	DSS GROTTAGLIE	RSSA COMUNALE SAN FRANCESCO DE GERONIMO	VIA CAMPOBASSO n. n.21
	3	Manduria	DSS MANDURIA	RSSA "Residence S. Antonio"	Viale Scegno n. n.10
	4	Manduria	DSS MANDURIA	Villa Argento	Via S.S. TER Manduria/Lecce n. n.n.c.
	5	Martina Franca	DSS MARTINA FRANCA	Residenza Sociosanitaria Assistenzial Villa Bianca	C.da Tagliente n. n.350


**REGIONE  
PUGLIA**

ALLEGATO 1

	6	Martina Franca	DSS MARTINA FRANCA	Residenza sociosanitaria assistenziale San Paolo	C.da Lanzo zona G n. n.89
	7	Mottola	DSS MASSAFRA	RESIDENZA SOCIO SANITARIA ASSISTENZIALE PER ANZIANI "VILLA FRANCESCO"	Via per Noci n. n.Km 3+150
	8	Taranto	DSS TARANTO	BEATO NUNZIO SULPRIZIO	Via Cesare Battisti n. n.732
	9	Taranto	DSS TARANTO	Santa Chiara s.r.l.	Via Collodi n. n.4
	10	Taranto	DSS TARANTO	"13 Maggio"	Piazzale Mons. G. Motolese n. n.1

**RR 4/2019 - CENTRI DIURNI NON AUTOSUFFICIENTI**

ASL DI COMPETENZA	NUMERO STRUTTURE	COMUNE	DISTRETTO	TITOLARE	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO
ASL BA	1	Acquaviva Delle Fonti	DSS GRUMO APPULA	CD ALZHEIMER ART.60 TER	San Francesco	VIA FRANCESCO PEPE n.49-51
	2	Altamura	DSS ALTAMURA	AUXILIUM IMPRESA SOCIALE SOCIETA' COOPERATIVA	CENTRO DIURNO INTEGRATO PER DEMENZE	VIA QUINTINO SELLA n.29
	3	Altamura	DSS ALTAMURA	Vivere In Tanta Assistenza società cooperativa sociale onlus	Vivere In Tanta Assistenza società cooperativa soc	VIA Galileo Galilei n.3
	4	Bari	DSS BARI	SOCIETA' GAIA S.R.L.	Centro Diurno "Regina Mundi" art.60ter R.R. 4/2007	Via Luigi Milella n.13-15-17-19-21B
	5	Bari	DSS BARI	Segesta Mediterranea s.r.l.	L'altra casa	via Cacudi n.35/37
	6	Bari	DSS BARI	Socialia soc.coop.sociale	Piccola Casa Beata Chiara	Strada Martinez n.1 bis
	7	Bitonto	DSS BITONTO	Villa Giovanni XXIII	Centro diurno integrato	via Dossetti, 8
	8	Casamassima	DSS GIOIA DEL COLLE	Maxima Salus - Società Cooperativa Sociale	Centro Diurno Integrato "dalla Mente al Cuore"	Don Domenico Parente n.16
	9	Cassano Delle Murge	DSS GRUMO APPULA	Centro Diurno Alzheimer "Villa dei Pini" della Irte Spa	Centro Diurno Alzheimer "Villa dei Pini"	via Matteotti n.1




**REGIONE  
PUGLIA**

ALLEGATO 1

	10	Giovinazzo	DSS MOLFETTA	ANTHROPOS SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	GOCCE DI MEMORIA	LOCALITA' CASINO DELLA PRINCIPESSA SNC
	11	Gravina In Puglia	DSS ALTAMURA	CON...TE...STO	LA CITTA' DELLA MEMORIA	VIA ARCHIMEDE n. n.SNC
	12	Noicattaro	DSS MOLA DI BARI	DOMUS AUREA NUOVA SALUS	DOMUS AUREA CENTRO DIURNO INTEGRATO PER ALZHEIMER	STR. PROVINCIALE TORRE A MARE - NOICATTARO n.1
	13	Terlizzi	DSS CORATO	Villa Anita s.r.l.	Villa Anita	Via Ruvo n.23
<b>ASL DI COMPETENZA</b>	<b>NUMERO STRUTTURE</b>	<b>COMUNE</b>	<b>DISTRETTO</b>	<b>TITOLARE</b>	<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>INDIRIZZO</b>
<b>ASL BT</b>	1	Andria	DSS ANDRIA	SIMA SRL - REM RIABILITAZIONE E MEMORIA	REM-RIABILITAZIONE E MEMORIA	VIA BERNINI n.45
	2	Barletta	DSS BARLETTA	Ethos S.r.l.	Centro Diurno Alzheimer "CASA LUNA"	Via Imbriani n.128
	3	Bisceglie	DSS TRANI	Pragma srl	CENTRO DIURNO 60TER "LASCIATI RACCONTARE"	via Santonio Veneziani n.16
	5	Trani	DSS TRANI	Società Coop.va Sociale Comunità OASI 2 S.Francesco ONL	Centro Diurno Integrato x il supporto cognitivo e comportamentale soggetti affetti da Demenza	Via Annibale Maria di Francia n.162/164
<b>ASL DI COMPETENZA</b>	<b>NUMERO STRUTTURE</b>	<b>COMUNE</b>	<b>DISTRETTO</b>	<b>TITOLARE</b>	<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>INDIRIZZO</b>
<b>ASL BR</b>	1	Cellino San Marco	DSS MESAGNE	Eridano Società Cooperativa Sociale Onlus	Centro diurno Alzheimer "Con il cuore nella mente"	Via Vittorio Emanuele n.25
	3	Ostuni	DSS OSTUNI	Comune di Ostuni	CENTRO DIURNO PER LE DEMENZE SAN FRANCESCO DI PAOLA	VIA PINTO n.52
	4	Villa Castelli	DSS FRANCAVILLA FONTANA	MADRE TERESA s.r.l.	MADRE TERESA SRL	VIA PASCOLI (DON TONINO BELLO) n.SN


**REGIONE  
PUGLIA**

ALLEGATO 1

ASL DI COMPETENZA	NUMERO STRUTTURE	COMUNE	DISTRETTO	TITOLARE	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO
ASL FG	1	Ascoli Satriano	DSS TROIA	Comune di Ascoli Satriano	Centro socio educativo riabilitativo per disabili	Via Brigadiere Giuseppe Ciotta n.s.n.
	8	Manfredonia	DSS MANFREDONIA	SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE SANTA CHIARA	CENTRO DIURNO INTEGRATO SANTA CHIARA	VIA LAGO SALSO n.3
	9	Manfredonia	DSS MANFREDONIA	GIRASOLE SRL	CENTRO DIURNO Le Dalie	VIA DEI FENICOTTERI n.10-12
	11	San Severo	DSS SAN SEVERO	DAUNIA SANITAS SRL - CENTRO DIURNO "SAN SEVERO"	Centro Diurno "San Severo"	Via Giustino Fortunato n.25-27-29-31
ASL DI COMPETENZA	NUMERO STRUTTURE	COMUNE	DISTRETTO	TITOLARE	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO
ASL LE	1	Alessano	DSS GAGLIANO DEL CAPO	RSSA GAUDIUM per adulti disabili	RSSA Gaudium	piazza Castello n.9
	2	Copertino	DSS NARDO'	Provitamed s.r.l.	PROVITA	VIA CALABRIA n.1
	8	Soleto	DSS GALATINA	ISA srl Iniziative Sociali Assistenziali	Centro Diurno Demenze	VIALE ITALIA n.358
	9	Tricase	DSS GAGLIANO DEL CAPO	CDI GIOVANNI PAOLO II	CDI GIOVANNI PAOLO II	VIA VALSALVA n.37
ASL DI COMPETENZA	NUMERO STRUTTURE	COMUNE	DISTRETTO	TITOLARE	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO
ASL TA	1	Ginosa	DSS GINOSA	Civiltà Futura Società Cooperativa Sociale	RESIDENZA VILLA GENUSIA - CENTRO DIURNO DEMENZE	Via Vito Castria n.1
	2	Martina Franca	DSS MARTINA FRANCA	ELICEA SOC.COOP.SOCIALE	SANTA BIBBIANA	Via Giuseppe Chiarelli n.8 H-I-L-M
	3	Massafra	DSS MASSAFRA	Domus Cooperativa Sociale	DOMUS COOPERATIVA SOCIALE- CENTRO DIURNO ALZHEIMER	VIA NOCERA n.3
	4	San Giorgio Ionico	DSS GROTTAGLIE	Società Cooperatva Sociale Domus	CENTRO DIURNO ALZHEIMER "DOMUS"	VIA TIZIANO n.s.n.
	5	Taranto	DSS TARANTO	PG MELANIE KLEIN Coop. Soc.	Centro diurno integrato ex art. 60ter RR 4/2007	VIA BENVENUTO CELLINI n.47


**REGIONE  
PUGLIA**

ALLEGATO 1

R.R. n. 5/2019 - RSA DISABILI (EX ART. 58)						
ASL DI COMPETENZ A	NUMERO STRUTTUR E	COMUNE	DISTRETTO	TITOLARE	DENOMINAZI O N E	INDIRIZZO
ASL BA	1	Adelfia	DSS TRIGGIANO	S.A.AP.	R.S.S.A. SAN PIO	Via Generale Scattaglia n. n.SNC
	2	Bari	DSS BARI	New Apelusion s.r.l.	"Villa Apelusion"	Via Martiri della Resistenza n. n.n.23
	3	Bitonto	DSS BITONTO	ONLUS VILLA GIOVANNI XXIII CASA E CENTRO POLIVALENTE DELL'ANZIANO	RSSA PER DIVERSAMENTE ABILI "RESIDENZA ORCHIDEA"	VIA GIUSEPPE DOSSETTI n. n.8
	4	Bitritto	DSS MODUGNO	HOTEL SAN FRANCISCO SRL	HOTEL SAN FRANCISCO SRL	VIA FESTA n. n.2
	5	Casamassima	DSS GIOIA DEL COLLE	Società Coop.va Sociale "Maxima Salus"	Valore di Cura	via Don Domenico Parente n. n.12
	6	Cassano Delle Murge	DSS GRUMO APPULA	MARIA ASSUNTA SRL	MARIA ASSUNTA SRL	C.DA FRA DIAVOLO n. n.S.N.
	7	Cassano Delle Murge	DSS GRUMO APPULA	RESIDENCE PER ANZIANI SRL	Residence per Anziani s.r.l.	C.da Fra Diavolo n. n.s.n.
	8	Corato	DSS CORATO	Casa GEST s.r.l	CASA ALBERTA	VIA PRENESTINA n. n.5/7
	9	Molfetta	DSS MOLFETTA	ALIANTE S.R.L.	CASA MADONNA DELLA ROSA	VIALE UNITA' DI ITALIA n. n.15 - 15/A
	10	Noicattaro	DSS MOLA DI BARI	RSSA Nuova Fenice	RSSA Nuova Fenice	via Genovesi n. n.22
	11	Triggiano	DSS TRIGGIANO	HOTEL SAN FRANCISCO TRIGGIANO s.r.l	HOTEL SAN FRANCISCO TRIGGIANO SRL	VIA LAME n. n.15
	12	Turi	DSS GIOIA DEL COLLE	Le.Bi.Pa.Mi. S.r.l.	villa eden	via altiero spinelli n. n.49


**REGIONE  
PUGLIA**

ALLEGATO 1

ASL DI COMPETENZ A	NUMERO STRUTTUR E	COMUNE	DISTRETTO	TITOLARE	DENOMINAZION E	INDIRIZZO
	13	Valenzano	DSS TRIGGIANO	PROGETTO COOPERAZION E SCARL ONLUS	VILLA MARIA MARTINA	VIA VECCHIA PER CEGLIE n. n.SNC
ASL BR	1	Erchie	DSS MESAGNE	FISIOMEDICAL S.R.L.	FISIOMEDICAL SRL	VIA ROMA n. n.85
	2	Mesagne	DSS MESAGNE	Residenza Sanitaria Bellagio	Casa Melissa	Via Torre Santa Susanna n. n.s.n.c.
	3	Ostuni	DSS OSTUNI	Cooperativa Sociale Minerva	RSSA VILLA NAZARETH	VIA L. SANTOLARI n. n.SN
ASL DI COMPETENZ A	NUMERO STRUTTUR E	COMUNE	DISTRETTO	TITOLARE	DENOMINAZION E	INDIRIZZO
ASL FG	1	Manfredonia	DSS MANFREDONI A	GIRASOLE SRL	IL GIRASOLE	VIA DEI FENICOTTER I n. n.12
	2	Rodi Garganico	DSS VICO DEL GARGANO	Villa Mele	VILLA MELE	Località Pietre Nere Rodi Garganico n. n.SNC
	3	Vieste	DSS VICO DEL GARGANO	FONDAZIONE F. TURATI ONLUS	CASA PROTETTA	Località Macchia di Mauro n. n.snc
ASL DI COMPETENZ A	NUMERO STRUTTUR E	COMUNE	DISTRETTO	TITOLARE	DENOMINAZION E	INDIRIZZO
ASLLE	1	Secli'	DSS NARDO'	S. ANNA s.r.l.	R.S.S.A. SANTA LAURA S.R.L.	via prov.le Secli-Aradeo n. n.90
	2	Taviano	DSS GALLIPOLI	Casa Amata	RSSA Le Ali	via Manzo n. n.37

**R.R. n. 5/2019 - RSA DISABILI (EX ART. 57)**

ASL DI COMPETENZA	NUMERO STRUTTURE	COMUNE	DISTRETTO	TITOLARE	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO
ASL BA	1	Altamura	DSS ALTAMURA	AUXILIUM IMPRESA SOCIALE SOCIETA' COOPERATIVA	ALBA CHIARA	VIA CATTANEO n. n.SNC
	2	Altamura	DSS ALTAMURA	ANFFAS ONLUS	Comunità socio-riabilitativa Anffas	Via Caduti di Nassirya n. n.34-36


**REGIONE  
PUGLIA**
**ALLEGATO 1**

	3	Bitonto	DSS BITONTO	ZIP.H COOPERATIVA SOCIALE A R.L. ONLUS	ZIP.h COOPERATIVA SOCIALE A R.L. ONLUS	Str. Lat. P.zza Ferdinando II di Borbone n. n.18
	4	Capurso	DSS TRIGGIANO	Residence Casa Bianca S.r.l.	Comunità Socio Riabilitativa Cavallino Hotel	Via Ortolabruna n. n.82
	5	Corato	DSS CORATO	Rosiba Società Coop. Sociale Onlus	ROSIBA	VIA LUIGI TARANTINI, n. n.26
	6	Corato	DSS CORATO	Comune di Corato	SOLIDARIETA'	TRA LE VIA SANTA MARIA, COPPI E AZZARITI
	7	Gioia Del Colle	DSS GIOIA DEL COLLE	Comune di Gioia del Colle	Comunità Socio- Riabilitativa CMR "Dopo di Noi"	Vic.le le Strettele n. n.sn
	8	Modugno	DSS MODUGNO	Residence Casa Bianca S.r.l.	Comunità Socio Riabilitativa Cavallino Hotel	S.S. 96 Km 119+200 n. n.sn
	9	Molfetta	DSS MOLFETTA	Consorzio Cooperative Sociali a.r.l. Metropolis	Comunità Socio Riabilitativa THEOTOKOS	via Giovanni Battista Verni n. n.7
	10	Toritto	DSS GRUMO APPULA	COOPERATIVA ALIANTE ONLUS	CASA ALIANTE	CORSO DIAZ PRESSO L'EX SCUOLA MATERNA AMARICUSA n. n.13
<b>ASL DI COMPETENZA</b>	<b>NUMERO STRUTTURE</b>	<b>COMUNE</b>	<b>DISTRETTO</b>	<b>TITOLARE</b>	<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>INDIRIZZO</b>
ASL BT	1	Barletta	DSS BARLETTA	FONDAZIONE MICHELE GIUSEPPE CLELIA LAMACCHIA ONLUS	MONSIGNORE VINCENZO FREZZA	VIA REGINA MARGHERITA n. n.113
	2	Canosa Di Puglia	DSS CANOSA DI PUGLIA	COMUNE DI CANOSA	COMUNITA' SOCIO- RIABILITATIVA NICOLAS	VIA CAGLIARI n. n.37
<b>ASL DI COMPETENZA</b>	<b>NUMERO STRUTTURE</b>	<b>COMUNE</b>	<b>DISTRETTO</b>	<b>TITOLARE</b>	<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>INDIRIZZO</b>
	1	Carovigno	DSS FRANCAVILLA FONTANA	Le ali della vita srls	Comunità socio riabilitativa "Oasi di Belvedere"	Contrada Belvedere n. n.s.n.c.
	2	Erchie	DSS MESAGNE	Cooperativa Sociale città solidale onlus	Comunità Socioriabilitativa "Myosotis"	Via Tatulli n. n.1
	3	Fasano	DSS OSTUNI	ASSOCIAZIONE LA FONTANELLA	COMUNITA' SOCIO- RIABILITATIVA PER DISABILI ADULTI	Via Carso n. n.1
<b>ASL DI COMPETENZA</b>	<b>NUMERO STRUTTURE</b>	<b>COMUNE</b>	<b>DISTRETTO</b>	<b>TITOLARE</b>	<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>INDIRIZZO</b>
ASL FG	1	Apricena	DSS SAN SEVERO	Comune di Apricena	Comunità Socio Riabilitativa "Don Michele Rendina"	Viale P.Togliatti n. n.1
	2	Manfredonia	DSS MANFREDONIA	ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO S.S. REUDENTORE	CASA FAMIGLIA DON MARIO CARMONE	VIA DELLE GARDENIE n. n.2
	3	Troia	DSS TROIA	comune di troia	centro per disabili "Dopo di noi"	-Via Aldo Moro- presso ex plesso scuola media n.


**REGIONE  
PUGLIA**

 ALLEGATO 1  
n.s.n.c.

ASL DI COMPETENZA	NUMERO STRUTTURE	COMUNE	DISTRETTO	TITOLARE	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO
ASL LE	1	Alliste	DSS GALLIPOLI	SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE "ALBERTO TUMA" ONLUS	COMUNITA' SOCIO RIABILITATIVA "CASA DI ALBERTO"	V.LE SALENTO n. n.s.n.c.
	2	Andrano	DSS POGGIARDO	L'ADELFIA SOC. COOP. SOC.	ZO E'	VIA FRATELLI CERVI n. n.SNC
	3	Castrignano Del Capo	DSS GAGLIANO DEL CAPO	ENTE MORALE- PROVINCIA DELLA NATIVITA' BMV DELL'ORDINE DELLA SANTISSIMA TRINITA'	Comunità Socio Riabilitativa "Mons. Giuseppe Di Do	VIA Miguel De Cervantes n. n.1
	4	Tricase	DSS GAGLIANO DEL CAPO	SOCIETA' COOPERATIVA CISS	CASA DI ACCOGLIENZA PER PORTATORI DI HANDICAP GRAVE PRIVI DI ASSISTENZA FAMILIARE	VIA PRESTA n. n.SNC
ASL DI COMPETENZA	NUMERO STRUTTURE	COMUNE	DISTRETTO	TITOLARE	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO
ASL TA	1	Ginosa	DSS GINOSA	Anffas Onlus Ginosa	Anffas Onlus Ginosa	C.da Madonna d'Attoli, via degli Ulivi Km 11,600 n. n.snc
	2	Grottaglie	DSS GROTTAGLIE	SOCIETA' COOPERATIVA AGRICOLA A.R.L. "AMICI"	COMUNITA' SOCIO- RIABILITATIVA	CONTRADA AMICI n. n.SNC
	3	Martina Franca	DSS MARTINA FRANCA	Comune di Martina franca	Comunità socio riabilitativa CASA BELVEDERE	Via Belvedere n. n.snc

R.R. n. 5/2019 - CENTRI DIURNI DISABILI						
ASL DI COMPETENZA	NUMERO STRUTTURE	COMUNE	DISTRETTO	TITOLARE	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO
ASL BA	1	Adelfia	DSS TRIGGIANO	Nemesis società cooperativa sociale	SANTA CATERINA	VIA CIRCONVALLAZIONE E n. n.SNC
	2	Alberobello	DSS PUTIGNANO	PROVINCIA ITALIANA DELLA CONGREGAZIONE E DEI SERVIZI DELLA CARITA' OPERA DON GUANELLA	CASA S.ANTONIO OPERA DON GUANELLA	VIA BAINSISSA n. n.7




**REGIONE  
PUGLIA**

ALLEGATO 1

3	Altamura	DSSALTAMUR A	AUXILIUM IMPRESA SOCIALE SOCIETA' COOPERATIVA	AUXILIUM- CENTRO SOCIO EDUCATIVO RIABILITATIVO	VIA LOCOROTONDO n. n.35
4	Altamura	DSSALTAMUR A	ANFFAS ONLUS ALTAMURA	CENTRO DIURNO SOCIO EDUCATIVO E RIABILITATIVO	VIA CADUTI DI NASSIRYA n. n.34- 36
5	Bari	DSS BARI	Cooperativa Sociale C.S.I.S.E. Onlus	Oltre il giardino	Il Traversa detta della Marina n. n.5/31
6	Bari	DSS BARI	STARBENE S.r.l.	"IN FAMIGLIA"	VIA G. NITTO DE ROSSI n. n.52/A
7	Bari	DSS BARI	STARBENE S.r.l.	"S.S. MEDICI"	VIA G. NITTO DE ROSSI n. n.54
8	Bari	DSS BARI	Pragma srl	KAROL WOJTYLA	Via Napoli n. n.332
9	Bari	DSS BARI	ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO UNITINSIEME ONLUS	LA NOSTRA CASA	TRAVERSA 46 VIA BRUNO BUOZZI n. n.1/BIS
10	Bari	DSS BARI	SOCIETA' GAIA	MASSIMO	VIA CARRANTE n. n.13
11	Bari	DSS BARI	COOPERATIVA SOCIALE R.U.A.H. A.R.L.	"Nella Maione Divella"	Strada Martinez n. n.4-6
12	Bari	DSS BARI	Segesta Mediterranea	Nuova Fenice	via cacudi n. n.35/37
13	Bari	DSS BARI	SOCIETA' CASA DELLA SPERANZA	SAN NICOLA	VIA NAPOLI n. n.378/E
14	Binetto	DSS GRUMO APPULA	SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE "SOLIDARIETA' "	LA LOCOMOTIVA	STRADA PROVINCIALE PER SANNICANDRO- BINETTO n. n.SNC
15	Bitonto	DSS BITONTO	SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ZIP-H A.R.L. ONLUS	CRISALIDE Centro Socio-educativo e riabilitativo	PIAZZA FERDINANDO DI BORBONE n. n.18
16	Bitritto	DSS MODUGNO	HOTEL SAN FRANCISCO S.r.l.	HOTEL SAN FRANCISCO S.R.L.	VIA FESTA n. n.2
17	Cassano Delle Murge	DSS GRUMO APPULA	VIDECA COOPERATIVA SOCIALE ONLUS	LA CASA DEL SORRISO	VIA DIEGO LAUDATI n. n.9
18	Corato	DSS RUVO	SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE "SOLIDARIETA' "	CENTRO DIURNO SOCIO- EDUCATIVO E RIABILITATIVO	VIA FAUSTO COPPI n. n.11
19	Gioia Del Colle	DSS GIOIA DEL COLLE	Impronta Etica srl Unipersonale	Casa di gioia	Via Canonico Indellicati n. n.39,41
20	Giovinazzo	DSS MOLFETTA	CASA CE.D.I.S. ONLUS s.c. a r.l	CASA CE.D.I.S. (CENTRO DIOCESANO INTEGRAZIONE	SS 16 n. n.KM 788,600


**REGIONE  
PUGLIA**

ALLEGATO 1

					SOCIALE)	
	21	Gravina In Puglia	DSS ALTAMURA	Nuovi Orizzonti società cooperativa sociale	GIOIA E AMORE	Via A. Diaz n. n.42
	22	Locorotondo	DSS PUTIGNANO	Lolek Società Cooperativa Sociale	C.A.S.A. delle Abilità Speciali Giovanni Paolo II	via vittorino da Feltre n. n.5
	23	Monopoli	DSS CONVERSANO	sanvito group s.r.l.	Santa Caterina Tre	Via Cala Fontanelle n. n.28/30
	24	Putignano	DSS PUTIGNANO	EMI SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	CENTRO DIURNO EMI	VIA MARTIRI DELLE FOIBE, ANG. VIA CARAFA n. n.1
	25	Rutigliano	DSS MOLA DI BARI	COOPERATIVA SOCIALE R.U.A.H A.R.L.	"NELLA MAIONE DIVELLA"	Via Due Pozzi n. n.10
	26	Santeramo In Colle	DSS ALTAMURA	COMUNE DI SANTERAMO IN COLLE	CENTRO DIURNO SOCIO-EDUCATIVO E RIABILITATIVO	VIA COLLODI n. n.25
	27	Toritto	DSS GRUMO APPULA	COOP. SOCIALE ALIANTE	CASA ALIANTE	CORSO DIAZ n. n.13
	28	Triggiano	DSS TRIGGIANO	CONSORZIO SANT'ANTONIO	OASI CENTER	VIA FRINGUELLO n. n.10
	29	Triggiano	DSS TRIGGIANO	SOCIETA' MEDIASAN	MEDIASAN	VIA DANTE ANGOLO MASACCIO n. 199
<b>ASL DI COMPETENZA</b>	<b>NUMERO STRUTTURE</b>	<b>COMUNE</b>	<b>DISTRETTO</b>	<b>TITOLARE</b>	<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>INDIRIZZO</b>
<b>ASL BT</b>	1	Andria	DSS ANDRIA	Istituto Quarto di Palo	Libertas	via Corato 400
	2	Bisceglie	DSS TRANI	COOPERATIVA SOCIALE" UNO TRA NOI" A.R.L.	CENTRO DIURNO SOCIO-EDUCATIVO E RIABILITATIVO "UNO TRA NOI"	Via Mascagni n. n.24/28/30/32
	3	San Ferdinando Di Puglia	DSS MARGHERITA DI SAVOIA	COMUNE di San Ferdinando	COMUNE di San Ferdinando CENTRO DIURNO DISABILI	Piazza della Costituzione n. n.1
	4	Trani	DSS TRANI	SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE PROMOZIONE SOCIALE E SOLIDARIETA' ONLUS	CENTRO JOBEL	VIA G. DI VITTORIO n. n.60
<b>ASL DI COMPETENZA</b>	<b>NUMERO STRUTTURE</b>	<b>COMUNE</b>	<b>DISTRETTO</b>	<b>TITOLARE</b>	<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>INDIRIZZO</b>
<b>ASL BR</b>	1	Brindisi	DSS BRINDISI	ASSOCIAZIONE ITALIANA PERSONE	CENTRO DIURNO SOCIO-EDUCATIVO E	PIAZZALE A.DI SUMMA n. n.60


**REGIONE  
PUGLIA**

ALLEGATO 1

				DOWN-BRINDISI	RIABILITATIVO "DANTE CAPPELLO"	
	2	Brindisi	DSS BRINDISI	Eridano Società Cooperativa Sociale Onlus	Eridano di giorno	Via Betlemme n. n.6
	3	Brindisi	DSS BRINDISI	Oltre L'Orizzonte- Società Cooperativa ONLUS	Oltre L'Orizzonte- Società Cooperativ a Sociale ONLUS	via Nicola Brandi n. n.3
	4	Carovigno	DSS FRANCAVILLA FONTANA	Le ali della vita srls	Centro Diurno Socio Educativo e Riabilitativo	Contrada Belvedere n. n.s.n.c.
	5	Ceglie Messapica	DSS FRANCAVILLA FONTANA	L'INFINITO RAGGIO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	CENTRO DIURNO RIABILITATIVO SAN LUIGI ORIONE	VIA PER SAN VITO DEI NORMANNI CONTRADA CASAMASSIMA n. n.184
	6	Erchie	DSS MESAGNE	Cooperativa Sociale città solidale onlus	Centro Diurno Socio Educativo e Riabilitativo Myos	Via Tatulli n. n.1
	7	Fasano	DSS OSTUNI	ASSOCIAZIONE LA FONTANELLA	OLTRE GLI ORIZZONTI	VIA CARSO -ang.Via LAPERTOSA n. n.1
	8	Latiano	DSS MESAGNE	SI PUO' FARE COOPERATIVA SOCIALE	SI PUO' FARE COOPERATIVA SOCIALE	VIA G.B. PAPANIA n. n.11
	9	Mesagne	DSS MESAGNE	COOPERATIVA SOCIALE ALBA	CENTRO DIURNO SOCIO- EDUCATIVO E RIABILITATIVO VILLA CAVALIERE	VIA PROVINCIALE PER SAN VITO DEI NORMANNI n. n.KM. 1
	10	Mesagne	DSS MESAGNE	COOPERATIVA SOCIALE ALBA	CENTRO DIURNO SOCIO- EDUCATIVO E RIABILITATIVO "PINO PAGLIARA"	VIA SAN LORENZO n. n.49
	11	Oria	DSS FRANCAVILLA FONTANA	SAN GIOVANNI DI DIO CENTRO DIURNO ORIA	CENTRO DIURNO SAN GIOVANNI DI DIO ART. 60	VIA BARI n. n.31
	12	Ostuni	DSS OSTUNI	Cooperativa Sociale Minerva	Centro diurno Villa Nazareth	via Santolari n. n.sn
	13	San Vito Dei Normanni	DSS BRINDISI	Comune di San Vito dei Normanni	Centro diurno socio-educativo e riabilitativo	via Padre Bronte n. n.1
	14	Torchiarolo	DSS MESAGNE	SCALA HOUSE DI SCALA ALESSANDRA	"Centro Santa Bernadette"	PIAZZA MUNICIPIO n. n.1
<b>ASL DI COMPETENZ A</b>	<b>NUMERO STRUTTUR E</b>	<b>COMUNE</b>	<b>DISTRETTO</b>	<b>TITOLARE</b>	<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>INDIRIZZO</b>
	1	Manfredoni a	DSS MANFREDONI A	GIRASOLE SRL	CENTRO DIURNO AIRONE	VIA DEI FENICOTTERI n. n.SN


**REGIONE  
PUGLIA**

ALLEGATO 1

	2	Poggio Imperiale	DSS SAN SEVERO	asp castriota e corropoli	CENTRO DIURNO SOC. EDU. E RIA. "CUORE CON LE ALI"	VIA FIUME n. n.11
	3	San Severo	DSS SAN SEVERO	SAN FRANCESCO S.R.L.	SAN FRANCESCO	VIA MARIO CARLI n. n.62-64
ASL DI COMPETENZA	NUMERO STRUTTURE	COMUNE	DISTRETTO	TITOLARE	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO
ASL LE	1	Acquarica Del Capo	DSS GAGLIANO DEL CAPO	Centro socio educativo riabilitativo Acquarica del Capo	Centro Socio Educativo e Riabilitativo "Le Ali"	Via Cesare Vanini n. n.1
	2	Alessano	DSS GAGLIANO DEL CAPO	L'ADELFIA SOCIETA COOPERATIVA SOCIALE	LA CASA DI IGOR	P.ZZA DON TONINO BELLO n. n.SNC
	3	Andrano	DSS POGGIARDO	L'ADELFIA SOC. COOP. SOC.	SCARPENUOVE	VIA FRATELLI CERVI n. n.SNC
	4	Galatina	DSS GALATINA	ISTITUTO IMMACOLATA ASP - Azienda Pubblica di Servizi alla Persona -	ISTITUTO IMMACOLATA ASP	VIA SCALFO n. n.5
	5	Lizzanello	DSS LECCE	ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE "AMICI DI NICO" ONLUS	AMICI DI NICO - Lizzanello	VIA PIETRAZZEDDHI n. n.7
	6	Martano	DSS MARTANO	COOPERATIVA SOCIALE DON BOSCO	CENTRO DIURNO SOCIO EDUC. RIAB. PANTA KALA'	VIA GIOVANNI XXIII ANGOLO VIA PERSIA n. n.00
	7	Nardo'	DSS NARDO'	ASSOCIAZIONE ITALIANA PERSONE DOWN SEZIONE LECCE	CASA NOSTRA	PIAZZA CADUTI DI VIA FANI n. n.2
	8	Nardo'	DSS NARDO'	AMBITO TERRITORIALE NARDO' COMUNE CAPOFILA NARDO'	CENTRO DIURNO SOCIO-EDUCATIVO E RIABILITATIVO	VIA AVETRANA n. n.snc
	9	Sannicola	DSS GALLIPOLI	CENTRO DIURNO SOCIO-EDUCATIVO RIABILITATIVO COMUNALE	CENTRO DIURNO SOCIO-EDUCATIVO RIABILITATIVO	VIA Zara - CHIESANUOVA n. n.snc
	10	Tricase	DSS GAGLIANO DEL CAPO	Società Cooperativa Sociale ONLUS "C.I.S.S."	CENTRO SOCIO EDUCATIVO E RIABILITATIVO - ART. 60	VIA G. PRESTA n. n.S.N.C.
ASL DI COMPETENZA	NUMERO STRUTTURE	COMUNE	DISTRETTO	TITOLARE	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO


**REGIONE  
PUGLIA**

						ALLEGATO 1
<b>ASL TA</b>	1	Carosino	DSS GROTTAGLIE	COOPERATIVA SOCIALE IL BLUE	IL BLUE	VIA PER FRANCAVILLA FONTANA n. n.SNC
	2	Grottaglie	DSS GROTTAGLIE	AMICI SOCIETA' COOPERATIVA AGRICOLA	Centro Diurno Socio-Educativo e Riabilitativo	Grottaglie in.c.Amici n. n.90
	3	Grottaglie	DSS GROTTAGLIE	SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE "FUTURA D.A.S.T. ONLUS"	CENTRO PORTO FRANCO	VIA FRATELLI CERVI ZONA 167 NORD n. n.SNC
	4	Manduria	DSS MANDURIA	Domus Cooperativa Sociale	Centro diurno "Fiordaliso"	Via Monte Tomba n. n.3
	5	Martina Franca	AMBITO DI MARTINA FRANCA	San Giuseppe	AMICI DI HANDI	VIA PAPA LEONE XIII n. n.2d
	6	Massafra	DSS MASSAFRA	SINDACO	Centro diurno socio-educativo e riabilitativo	Viale Marconi n. n.158
	7	Mottola	DSS MASSAFRA	CENTRO DIURNO SOCIO EDUCATIVO	CENTRO DIURNO SOCIO- EDUCATIVO E RIABILITATIVO	PIAZZA XX SETTEMBRE n. n.s.n.c.
	8	Palagianò	DSS MASSAFRA	Comune di Palagianò	Centro diurno socio educativo e riabilitativo	Zona Bachelet - ex Mercatino - n. n.s.n.
	9	Statte	DSS MASSAFRA	Centro Diurno Socio-Educativo e Riabilitativo per Disabili Gravi	Centro Diurno S.E. e Riab: per Disali Gravi	Corso Vittorio Emanuele n. n.263
	10	Taranto	DSS TARANTO	Cooperativa sociale PAM SERVICE di Taranto	CHICCO DI GRANO 3	Viale Jonio n. n.441
	11	Taranto	DSS TARANTO	LA SOLIDARIETA' SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	COOPERATIVA SOCIALE LA SOLIDARIETA'	VIA CALAMANDREI n. n.2
	12	Taranto	DSS TARANTO	LOGOS SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ONLUS	LOGOS SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	via genova n. n.27
	13	Taranto	DSS TARANTO	COMUNE DI TARANTO	LUANA FINOTTO	VIA CARLO MAGNO ZONA TRAMONTONE n. n.SNC
	14	Taranto	DSS TARANTO	COMUNE DI TARANTO	PEPPINO MESTO	VIA CARLO MAGNO ZONA TRAMONTONE n. n.SNC

**CODICE CIFRA: SGO/DEL/2023/00013**

**MODELLO A – RSA NON AUTOSUFFICIENTI RR 4 DEL 2019****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO IN ORDINE AI REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO**

OPPURE

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO IN ORDINE AI REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI ACCREDITAMENTO**

(DPR 28 dicembre 2000, n. 445 art 45 e 46)

il/la sottoscritto/a [inserire nome e cognome] nato a [inserire comune di nascita (provincia)], il [inserire data di nascita], residente in [inserire indirizzo della residenza], comune di [inserire comune di residenza (provincia)], in qualità di Legale Rappresentante della ..... [inserire ragione sociale] partita IVA [inserire partita iva], codice fiscale [inserire codice fiscale], con sede legale in [inserire l'indirizzo della sede], comune di [inserire il comune in cui è la sede legale], titolare della Rsa non autosufficienti [inserire denominazione] avente sede operativa in [inserire l'indirizzo della sede] e con dotazione di [inserire n. SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE] pl ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e di [inserire n. SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE] pl ai fini dell'accreditamento :

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità consapevole delle sanzioni penali e amministrative previste dal D.P.R. 445/00 e dall'art 29 bis della LR 9 del 2017 in caso di dichiarazioni false o mendaci nonché dell'obbligo di mantenere i requisiti di autocertificazione ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento transitorio

**dichiara**

- che la Rsa non autosufficienti è in possesso di tutti i requisiti minimi e specifici strutturali, tecnologici ed organizzativi di autorizzazione all'esercizio e ulteriori di accreditamento previsti rispettivamente dal R.R. n. 4/2019 e dal R.R. 16/2019 e dalla Sezione A del R.R. n. 3/2010;
- che i documenti e le certificazioni comprovanti il possesso dei requisiti generali e specifici della Rsa non autosufficienti sono a disposizione presso la sede operativa per le successive verifiche;
- di non trovarsi in stato di fallimento, concordato preventivo, amministrazione straordinaria, liquidazione coatta amministrativa, gestione commissariale nonché in stato di scioglimento o liquidazione volontaria, ovvero in una situazione che denoti lo stato di insolvenza o di cessazione dell'attività;
- di non incorrere in nessuna delle cause di decadenza previste dall'art 9 comma 5 della LR 9 del 2017;
- di non aver riportato condanne definitive per reati di evasione fiscale e contributiva nei confronti del titolare e, nel caso di società e persone giuridiche, del legale rappresentante, degli amministratori, nonché degli associati e dei soci titolari di quote o azioni superiori al 20 per cento, ai sensi dell'art. 20, comma 2, lett. e) L.R. n. 9/2017 e s.m.i.;
- che il Responsabile sanitario della struttura è il Dottore [inserire nome e cognome] titolare dell'incarico sin dal [inserire data] e che lo stesso così come previsto dall'art 5.3 del RR 4 del 2019 possiede i titoli previsti dalla normativa vigente ed in particolare che lo stesso:

- è iscritto all'Albo dei medici della provincia di [inserire Provincia] al [inserire n.] di iscrizione all'albo;

- è specializzato dal [inserire data] in [inserire specializzazione] conseguita presso [inserire sede]

ovvero, in subordine

Luogo

e

data

Timbro e firma del legale rappresentante

1

- o è iscritto nella graduatoria regionale di medicina generale, non è titolare di nessun incarico in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale e non si trova in situazioni di incompatibilità e conflitto di interessi ai sensi dell'art 17 dell'ACN medicina generale vigente;

**Requisiti Organizzativi**

il/la sottoscritto/a [inserire nome e cognome] nato a [inserire comune di nascita (provincia)], il [inserire data di nascita], residente in [inserire indirizzo della residenza], comune di [inserire comune di residenza (provincia)], in qualità di Legale Rappresentante della..... [inserire ragione sociale] partita IVA [inserire partita iva], codice fiscale [inserire codice fiscale], con sede legale in [inserire l'indirizzo della sede legale], comune di [inserire il comune in cui è la sede], titolare della Rsa non autosufficienti [inserire denominazione] avente sede operativa in [inserire l'indirizzo della sede] e con dotazione di [inserire n.] pl ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e di [inserire n.] pl ai fini dell'accREDITAMENTO :

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali e decadenze dai benefici eventualmente conseguiti previste ex artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R nonché dell'art 29 bis della LR 9 del 2017 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o uso degli stessi

**DICHIARA**

**di garantire all'interno della struttura il seguente standard minimo espresso in ore a settimanali:**

Rispetto dello standard minimo previsto per 1 nucleo da 20 pl - RSA MANTENIMENTO DI TIPO A per persone anziane - ART 7.3.3	
FIGURE PROFESSIONALI	Standard minimo come da RR 4 / 2019 in ore a settimana per pl.....[INSERIRE N. PL] di Rsa di mant. di tipo A
Responsabile Sanitario	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Medico Specialista	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Infermiere Professionale	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
OSS presenza h 24	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Terapista della riabilitazione	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Educatore professionale o terapeuta occupazionale	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Psicologo	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Assistente sociale	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante

Rispetto dello standard minimo previsto per 1 nucleo da 20 pl - RSA MANTENIMENTO DI TIPO B per persone affette da demenza - ART 7.3.4	
FIGURE PROFESSIONALI	Standard minimo come da RR 4 /2019 espresso in ore a settimana per pl [INSERIRE N. PL] di Rsa di mant. di tipo B
Responsabile Sanitario	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Medico Specialista	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Infermiere Professionale	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
OSS presenza h 24	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Terapista della riabilitazione	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Educatore professionale o terapeuta occupazionale	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Psicologo	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Assistente sociale	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

Rispetto dello standard minimo previsto per 1 nucleo da 20 pl - RSA ESTENSIVA TIPO A- ART 7.3.1	
FIGURE PROFESSIONALI	Standard minimo come da RR 4 /2019 espresso in ore a settimana per pl [INSERIRE N. PL] di Rsa Estensiva di tipo A
Responsabile Sanitario	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Medico Specialista	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Infermiere Professionale	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
OSS*	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Terapista della riabilitazione	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Educatore professionale o terapeuta occupazionale	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Psicologo	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Assistente sociale	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante



Rispetto dello standard minimo previsto per 1 nucleo da 20 pl - RSA ESTENSIVA TIPO B per persone affette da demenza- ART 7.3.2	
<b>FIGURE PROFESSIONALI</b>	Standard minimo come da RR 4 /2019 espresso in ore a settimana per pl [INSERIRE N. PL] di Rsa Estensiva di tipo B
Responsabile Sanitario	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>
Medico Specialista	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>
Infermiere Professionale	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>
OSS* con la presenza di un OSS la notte	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>
Terapista della riabilitazione	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>
Educatore professionale o terapeuta occupazionale	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>
Psicologo	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>
Assistente sociale	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>

**DICHIARA ALTRESI'**

- come previsto dal R.R. n. 4/2019, in aggiunta rispetto allo standard organizzativo su riportato il turno notturno all'interno della struttura è garantito da **SPUNTARE UNA DELLE SEGUENTI DUE OPZIONI**:
- n.1 infermiere (36 ore a sett.) di notte ogni nucleo da 20 pl per un totale di n. **SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE** infermieri aggiuntivi rispetto alle tabelle precedenti; ovvero
- n.1 infermiere (36 ore a sett.) di notte per il primo nucleo da n. 20 p.l. aggiuntivo rispetto alle tabelle precedenti e per i nuclei successivi al primo n. 1,1 OSS (per 42 ore a sett.) per nucleo per un totale di n. **SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE** OSS aggiuntivi rispetto alle tabelle precedenti;
- Che la struttura rispetta le previsioni riportate nell'Allegato 1, punto 4 lett. d in merito alle tipologie contrattuali ammesse;
- che il numero complessivo dei contratti di lavoro a tempo determinato è quello previsto dall'art. 23 del D.Lgs. n. 81/2015 e s.m.i., e non supera il limite massimo del 20 % rispetto al totale del personale, ovvero  rispetta il limite previsto dal CCNL applicato [indicare il CCNL che si applica] pari a [indicare percentuale];
- Che il personale operante nella struttura ha un rapporto di lavoro di tipo subordinato alla diretta dipendenza del titolare della struttura **ovvero**
- SPUNTARE LA CASELLA** che il personale operante nella struttura ha un rapporto di lavoro subordinato alla diretta dipendenza del gestore (Solo in caso di enti pubblici/ASP);
- Che le informazioni relative al personale assunto dalla struttura sotto riportate corrispondono al vero

Luogo e data	Timbro e firma del legale rappresentante
--------------	--

ELENCO DEL PERSONALE										
Nome	Cognome	Data Di Nascita	Qualifica Professionale	Titolo Di Studio	Specializzazione	Iscrizione All'albo	Tipologia Contratto	Data di Assunzione	n. h/sett.	**ESCLUSIVO oppure ALTRA STRUTTURA

**\*DA RIPETERE PER OGNI FIGURA PROFESSIONALE**

**\*\* IL PERSONALE CON DEBITO ORARIO A TEMPO PIENO DEVE OPERARE IN VIA ESCLUSIVA NELLA RSA IN OGGETTO**

**\*\* PER IL PERSONALE CON DEBITO ORARIO PARZIALE E' OBBLIGATORIO INDICARE LA STRUTTURA/E OVE PRESTA ANCHE SERVIZIO ED IL RELATIVO DEBITO ORARIO**

**Requisiti Strutturali**

il/la sottoscritto/a [inserire nome e cognome] nato a [inserire comune di nascita (provincia)], il [inserire data di nascita], residente in [inserire indirizzo della residenza], comune di [inserire comune di residenza (provincia)], in qualità di Legale Rappresentante della..... [inserire ragione sociale] partita IVA [inserire partita iva], codice fiscale [inserire codice fiscale], con sede legale in [inserire l'indirizzo della sede legale], comune di [inserire il comune in cui è la sede], titolare della Rsa non autosufficienti [inserire denominazione] avente sede operativa in [inserire l'indirizzo della sede] e con dotazione di [inserire n.] pl ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e di [inserire n.] pl ai fini dell'accreditamento :

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità **consapevole** delle sanzioni penali e amministrative previste dal D.P.R. 445/00 e dall'art. 29 bis della LR 9 del 2017 in caso di dichiarazioni false o mendaci nonché dell'obbligo di mantenere i requisiti di autocertificazione ai fini della conferma dell'autorizzazione e dell'accreditamento transitorio

**DICHIARA**

Di essere proprietario

ovvero

Di essere titolare del seguente diritto reale di godimento sull'immobile sede della struttura **[SPUNTARE UNA DELLE OPZIONI]**

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante

- Locazione
- Comodato d'uso
- Appalto
- Concessione
- Affitto ramo d'azienda
- Altro [SPECIFICARE].....

in forza del [INDICARE GLI ESTREMI DELL'ATTO/CONTRATTO].....

Che il predetto immobile è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di :

- Agibilità [riportare di seguito gli estremi del documento].....
- Protezione Antisismica
- Protezione Antincendio (D.P.R. n. 151 del 1° agosto 2011) riportare di seguito gli estremi del documento  
..... [se non prevista segnare la seguente casella]  non prevista
- Protezione Acustica
- Sicurezza elettrica e continuità elettrica
- Sicurezza antinfortunistica
- Igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro;
- Protezione Radiazioni Ionizzanti [se non prevista segnare la seguente casella]  non prevista
- Eliminazione della barriere architettoniche
- Smaltimento rifiuti
- Condizioni microclimatiche
- Materiali esplosivi [se non prevista segnare la seguente casella]  non prevista

**DICHIARA ALTRESI'**

che la struttura e' dotata di tutti i requisiti strutturali minimi di seguito indicati:

- REQUISITI STRUTTURALI RR 4/2019 [SPUNTARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA HA I REQUISITI DI SEGUITO INDICATI ]**
- Superficie totale utile 40 mq per ospite
- Camere (bagno escluso) minimo 12 mq singola e 18 mq doppia
- Presenza del bagno attrezzato per la non autosufficienza  
Tutte le camere:

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante

- rispettano il limite di 2 posti letto
- sono collegate con servizi igienici attrezzati
- rispettano gli standard di superficie previsti in relazione al numero dei letti
- Le porte limitano l'ingombro durante l'apertura e aprono verso l'esterno
- Le porte hanno una luce netta di misura tale da consentire il passaggio di letti con ruote, barelle doccia e carrozzine.
- I pavimenti
- hanno una superficie antiscivolo
- non presentano dislivelli, asperità, sconnessioni e gradini nelle aree utilizzate dai degenti
- I corridoi hanno una larghezza sufficiente per consentire il transito di carrozzine o barelle e comunque dimensioni e caratteristiche adeguate all'esodo in situazioni di emergenza
- I percorsi esterni non presentano buche o sporgenze che li ingombrino così da rendere sicuro il movimento ed il transito delle persone e dei mezzi di trasporto
- Palestra di riabilitazione attrezzata (min. 60 mq)
- Ambulatorio medico per visite, e valutazioni di (min. mq 12)
- Locale per erogazione delle attività specifiche di riabilitazione
- Locale per attività infermieristica
- Locale per assistenza religiosa
- Locale Bar (o locale con distributore automatico di bevande)
- Soggiorno Polivalente
- Servizi igienici per i visitatori distinti per uomini e donne e attrezzati di ausili per la non autosufficienza
- Aree verdi attrezzate e accessibili alle persona con disabilità all'interno del complesso
- Ingresso / Portineria
- Uffici amministrativi con archivio
- Sala riunioni
- Cucina, dispensa e locali accessori
- oppure se il servizio è appaltato all'esterno*
- un locale per lo sporzionamento
- Il servizio di vitto è
- a gestione diretta
- "nel caso in cui il servizio di vitto sia a gestione diretta (preparazione in loco), la cucina deve essere strutturata e dimensionata in relazione al numero di pasti da preparare/confezionare e suddivisa in settori/aree lavoro o locali secondo la normativa vigente al fine di garantire un'adeguata e corretta gestione del processo. La cucina e i locali annessi (servizi igienici, deposito/dispensa, ecc.) devono inoltre rispettare i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di igiene alimentare (Reg. CE 852/04 e s.m.i.)"
- è garantito da pasti veicolati

Luogo

e

data

Timbro e firma del legale rappresentante

“nel caso in cui il servizio di vitto sia garantito con pasti veicolati, deve/devono essere presente/i uno o più locali (a seconda del numero dei pasti veicolati) di adeguate dimensioni, dedicato/i alla loro ricezione, alla conservazione, alla eventuale porzionatura (ove prevista), nonché al lavaggio della stoviglieria e dei contenitori di trasporto; nel locale devono essere presenti attrezzature per la corretta conservazione a caldo e/o a freddo degli alimenti, nonché le attrezzature necessarie per garantire la preparazione estemporanea di generi alimentari di conforto. Il locale deve inoltre rispettare i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di igiene alimentare (Reg. CE 852/04 e s.m.i.)”

- Lavanderia o stireria (se il servizio è appaltato all'esterno locale per lo stoccaggio)
- Servizio pulizia (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo stoccaggio attrezzi e materiale vario)
- Magazzini
- Camera ardente con sala dolenti
- Presenza di un parcheggio fruibile dai visitatori
- Corridoi e scale muniti di corrimano
- Presenza di almeno un ascensore nelle strutture con più piani
- Tutti i nuclei presentano:
- Locale soggiorno/TV/Spazio Collettivo
- Sala da pranzo (anche in condivisione tra nuclei)
- Angolo cottura
- Locale di servizio per il personale con annessi servizi igienici;
- Un bagno assistito per immersione totale in posizione supina;
- Locale deposito biancheria pulita (articolato per piano per nuclei presenti su più piani);
- Locale deposito materiale sporco, con vuotatoio e lavapadelle (articolato per piano per nuclei presenti su più piani);
- Locale di deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, etc (articolato per piano per nuclei presenti su più piani);
- Locale attività pedagogico- educativa, addestramento professionale, tempo libero.
- REQUISITI STRUTTURALI RR 4/2007 EX ART 66** (In alternativa a quelle di cui al RR 4 del 2019 e solo per le strutture che si avvalgono della deroga) **[SPUNTARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA HA I REQUISITI DI SEGUITO INDICATI ]**
- Camere (bagno escluso) minimo 9 mq singola e 14 mq doppia
- Tutte le camere:
  - rispettano il limite di 2 posti letto
  - sono collegate con servizi igienici attrezzati
  - rispettano gli standard di superficie previsti in relazione al numero dei letti
  - Palestra di riabilitazione attrezzata munita di:
    - Spazio per il deposito degli deposito attrezzi
    - Spogliatoio con servizio igienico
- Ambulatorio medico per visite e valutazioni munito di

Luogo

e

data

Timbro e firma del legale rappresentante

- un servizio igienico direttamente accessibile
- una zona di attesa
- Tutti i nuclei presentano:
  - Locale soggiorno/TV/Spazio Collettivo
  - Sala da pranzo (anche in condivisione tra nuclei)
  - Angolo cottura (eventuale)
  - Locale di servizio per il personale (min. mq 4) con annessi servizi igienici
  - Bagno collettivo ad uso esclusivo dei visitatori

#### REQUISITI TECNOLOGICI

il/la sottoscritto/a [inserire nome e cognome] nato a [inserire comune di nascita (provincia)], il [inserire data di nascita], residente in [inserire indirizzo della residenza], comune di [inserire comune di residenza (provincia)], in qualità di Legale Rappresentante della..... [inserire ragione sociale] partita IVA [inserire partita iva], codice fiscale [inserire codice fiscale], con sede legale in [inserire l'indirizzo della sede legale], comune di [inserire il comune in cui è la sede], titolare della Rsa non autosufficienti [inserire denominazione] avente sede operativa in [inserire l'indirizzo della sede] e con dotazione di [inserire n. ] pl ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e di [inserire n. ] pl ai fini dell'accREDITAMENTO :

*ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità consapevole delle sanzioni penali e amministrative previste dal D.P.R. 445/00 e dall'art 29 bis della LR 9 del 2017 in caso di dichiarazioni false o mendaci nonché dell'obbligo di mantenere i requisiti di autocertificazione ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accREDITAMENTO transitorio*

#### DICHIARA

che la struttura è dotata dei requisiti tecnologici di seguito indicati:

- Presenza in tutti gli ambienti di impianto di riscaldamento e condizionamento
- Carrello per la gestione delle emergenze/urgenze completo di defibrillatore, saturimetro, materiale per l'assistenza respiratoria ,sfigmomanometro, fonendoscopio, laccio emostatico, siringhe, materiale per medicazione, farmaci per il pronto intervento.
- Letti elettrici articolati ad altezza variabile con sponde e ruote (per tutti i pl)
- Materassi antidecubito
- Cuscini antidecubito in misura non inferiore ad ¼ dei posti letto della struttura
- Sistema di chiamata allarme
- Sollevari pazienti elettrici con diverse tipologie di imbragature
- Carrozine
- Apparecchi per aerosolterapia
- Broncoaspiratori/ bronco aspiratori portatili con sistema a batteria ricaricabile

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante

- Almeno due poltrone doccia
- Disponibilità di gas medicali
- Allega la griglia di autovalutazione del possesso dei requisiti di accreditamento – fase PLAN R.R. n. 16/2019 [SOLTANTO SE LA STRUTTURA E' DESTINATARIA DI POSTI LETTO IN ACCREDITAMENTO - SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE]

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante

**MODELLO B – CENTRO DIURNO NON AUTOSUFFICIENTI RR 4/2019****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO IN ORDINE AI REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO**

(DPR 445 28 dicembre 2000, n. 445 art 45 e 46)

il/la sottoscritto/a [inserire nome e cognome] nato a [inserire comune di nascita (provincia)], il [inserire data di nascita], residente in [inserire indirizzo della residenza], comune di [inserire comune di residenza (provincia)], in qualità di Legale Rappresentante della..... [inserire ragione sociale] partita IVA [inserire partita iva], codice fiscale [inserire codice fiscale], con sede legale in [inserire l'indirizzo della sede legale], comune di [inserire il comune in cui è la sede], titolare del Centro diurno non autosufficienti [inserire denominazione] avente sede operativa in [inserire l'indirizzo della sede] e con dotazione di [inserire n. SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE] posti ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e di [inserire n. SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE] posti ai fini dell'accreditamento :

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità **consapevole delle sanzioni penali e amministrative previste dal D.P.R. 445/00 e dall'art 29 bis della LR 9 del 2017 in caso di dichiarazioni false o mendaci nonché dell'obbligo di mantenere i requisiti di autocertificazione ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento transitorio**

**dichiara**

- che il centro diurno non autosufficienti è in possesso di tutti i requisiti minimi e specifici strutturali, tecnologici ed organizzativi di autorizzazione all'esercizio e ulteriori di accreditamento previsti rispettivamente dal R.R. n. 4/2019 e dal R.R. 16/2019 e dalla Sezione A del R.R. n. 3/2010;
- che i documenti e le certificazioni comprovanti il possesso dei requisiti generali e specifici del centro diurno non autosufficienti sono a disposizione presso la sede operativa per le successive verifiche;
- di non trovarsi in stato di fallimento, concordato preventivo, amministrazione straordinaria, liquidazione coatta amministrativa, gestione commissariale nonché in stato di scioglimento o liquidazione volontaria, ovvero in una situazione che denoti lo stato di insolvenza o di cessazione dell'attività;
- di non incorrere in nessuna delle cause di decadenza previste dall'art 9 comma 5 della LR 9 del 2017;
- di non aver riportato condanne definitive per reati di evasione fiscale e contributiva nei confronti del titolare e, nel caso di società e persone giuridiche, del legale rappresentante, degli amministratori, nonché degli associati e dei soci titolari di quote o azioni superiori al 20 per cento, ai sensi dell'art. 20, comma 2, lett. e) L.R. n. 9/2017 e s.m.i.;
- che il Responsabile sanitario della struttura è il Dottore [inserire nome e cognome] titolare dell'incarico sin dal [inserire data] e che lo stesso così come previsto dall'art 6.2 del RR 4 del 2019 possiede i titoli previsti dalla normativa vigente ed in particolare che lo stesso:
- è iscritto all'Albo dei medici della provincia di [inserire Provincia] al [inserire n.] di iscrizione all'albo;
- è specializzato dal [inserire data] in [inserire specializzazione] conseguita presso [inserire sede] ovvero, in subordine
- è iscritto nella graduatoria regionale di medicina generale, non è titolare di nessun incarico in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale e non si trova in situazioni di incompatibilità e conflitto di interessi ai sensi dell'art 17 dell'ACN medicina generale vigente;

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante



**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

il/la sottoscritto/a [inserire nome e cognome] nato a [inserire comune di nascita (provincia)], il [inserire data di nascita], residente in [inserire indirizzo della residenza], comune di [inserire comune di residenza (provincia)], in qualità di Legale Rappresentante della..... [inserire ragione sociale] partita IVA [inserire partita iva], codice fiscale [inserire codice fiscale], con sede legale in [inserire l'indirizzo della sede legale], comune di [inserire il comune in cui è la sede], titolare del Centro diurno non autosufficienti [inserire denominazione] avente sede operativa in [inserire l'indirizzo della sede] e con dotazione di [inserire n.] posti ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e di [inserire n.] posti ai fini dell'accreditamento :

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n° 445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali e decadenze dai benefici eventualmente conseguiti previste ex artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. nonché dell'art. 29 bis della LR 9 del 2017 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o uso degli stessi

**DICHIARA**

**Di garantire il seguente standard minimo espresso in ore settimanali:**

	Rispetto dello standard minimo previsto per 1 nucleo da 30 posti di Centro diurno non autosufficienti – ART 7.4
FIGURE PROFESSIONALI	Standard minimo come da RR 4 /2019 in ore a settimana per posti ..... [INSERIRE N. Posti] di Centro diurno non autosufficienti
Responsabile Sanitario	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Medico Specialista(Geriatra, neurologo)	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Fisioterapista	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Infermiere professionale	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
OSS	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Educatore professionale	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Psicologo	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Assistente sociale	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

DICHIARA ALTRESI'

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante

- Che la struttura rispetta le previsioni riportate nell'Allegato 1, punto 4 lett. d in merito alle tipologie contrattuali ammesse;
- che il numero complessivo dei contratti di lavoro a tempo determinato è quello previsto dall'art. 23 del D.Lgs. n. 81/2015 e s.m.i., e non supera il limite massimo del 20 % rispetto al totale del personale, ovvero  rispetta il limite previsto dal CCNL applicato [indicare il CCNL che si applica] pari a [indicare percentuale];
- Che il personale operante nella struttura ha un rapporto di lavoro di tipo subordinato alla diretta dipendenza del titolare della struttura *ovvero*
- SPUNTARE LA CASELLA** che il personale operante nella struttura ha un rapporto di lavoro subordinato alla diretta dipendenza del gestore (Solo in caso di enti pubblici/ASP);
- Che le informazioni relative al personale assunto dalla struttura sotto riportate corrispondono al vero.

ELENCO DEL PERSONALE										
Nome	Cognome	Data Di Nascita	Qualifica Professionale	Titolo Di Studio	Specializzazione	Iscrizione All'albo	Tipologia Contratto	Data di Assunzione	n. h/sett.	**ESCLUSIVO oppure ALTRA STRUTTURA

\*DA RIPETERE PER OGNI FIGURA PROFESSIONALE

**\*\* IL PERSONALE CON DEBITO ORARIO A TEMPO PIENO DEVE OPERARE IN VIA ESCLUSIVA NEL CENTRO DIURNO IN OGGETTO**

**\*\* PER IL PERSONALE CON DEBITO ORARIO PARZIALE E' OBBLIGATORIO INDICARE LA STRUTTURA/E OVE PRESTA ANCHE SERVIZIO ED IL RELATIVO DEBITO ORARIO**

#### REQUISITI STRUTTURALI

il/la sottoscritto/a [inserire nome e cognome] nato a [inserire comune di nascita (provincia)], il [inserire data di nascita], residente in [inserire indirizzo della residenza], comune di [inserire comune di residenza (provincia)], in qualità di Legale Rappresentante della..... [inserire ragione sociale] partita IVA [inserire partita iva], codice fiscale [inserire codice fiscale], con sede legale in [inserire l'indirizzo della sede legale], comune di [inserire il comune in cui è la sede], titolare del Centro diurno non autosufficienti [inserire denominazione] avente sede operativa in [inserire l'indirizzo della sede] e con dotazione di [inserire n.] pl ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e di [inserire n.] pl ai fini dell'accreditamento :

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità **consapevole** delle sanzioni penali e amministrative previste dal D.P.R. 445/00 e dall'art 29 bis della LR 9 del 2017 in caso di dichiarazioni false o mendaci nonché dell'obbligo di mantenere i requisiti di autocertificazione ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento transitorio

**DICHIARA**

- Di essere proprietario  
ovvero
- Di essere titolare del seguente diritto reale di godimento sull'immobile sede della struttura **[SPUNTARE UNA DELLE OPZIONI]**
  - Locazione
  - Comodato d'uso
  - Appalto
  - Concessione
  - Affitto ramo d'azienda
  - Altro **[SPECIFICARE]** .....

in forza del **[INDICARE GLI ESTREMI DELL'ATTO/CONTRATTO]**.....

Che il predetto immobile è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di :

- Agibilità **[riportare gli estremi del documento]** .....
- Protezione Antisismica
- Protezione Antincendio (D.P.R. n. 151 del 1° agosto 2011) riportare di seguito gli estremi del documento  
.....  
**[se non prevista segnare la seguente casella]**  non prevista
- Protezione Acustica
- Sicurezza elettrica e continuità elettrica
- Sicurezza antinfortunistica
- Igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro;
- Protezione Radiazioni Ionizzanti **[se non prevista segnare la seguente casella]**  non prevista
- Eliminazione della barriere architettoniche
- Smaltimento rifiuti
- Condizioni microclimatiche
- Materiali esplosivi **[se non prevista segnare la seguente casella]**  non prevista

Luogo e data	Timbro e firma del legale rappresentante
--------------	--

## DICHARA ALTRESI'

che la struttura e' dotata di tutti i requisiti strutturali minimi di seguito indicati:

- REQUISITI STRUTTURALI RR 4/2019 [SPUNTARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA HA I REQUISITI DI SEGUITO INDICATI ]**
  - Un ambiente sicuro e protesoico per l'utenza a cui il Centro fa riferimento
  - Congrui spazi destinati alle attivita', non inferiori a complessivi 250mq per 30 utenti, inclusi i servizi igienici e le zone ad uso collettivo
  - Zone ad uso collettivo, suddivisibili anche attraverso elementi mobili, per il ristoro, le attivita' di socializzazione e ludico-motorie con possibilita' di svolgimento di attivita' individualizzate
  - Una zona riposo distinta dagli spazi destinati alle attivita', con almeno una camera con n.2 posti letto per il sollievo per la gestione delle emergenze
  - Autonomi spazi destinati alla preparazione e alla somministrazione dei pasti, in caso di erogazione del servizio
  - Spazio amministrativo
  - Servizi igienici attrezzati [barrare l'opzione pertinente]
  - 2 bagni per ricettivita' fino a 15 posti, di cui uno destinato alle donne;
  - 3 bagni per ricettivita' oltre 15 posti, di cui uno riservato in rapporto alla ricettivita' preventiva uomini/donne
  - Un servizio igienico per il personale
- REQUISITI STRUTTURALI RR 4/2007 EX ART 60 ter [SPUNTARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA HA I REQUISITI DI SEGUITO INDICATI ]**
  - Un ambiente sicuro e protesoico per l'utenza a cui il Centro fa riferimento
  - Congrui spazi destinati alle attivita', non inferiori a complessivi 250mq per 30 utenti, inclusi i servizi igienici e le zone ad uso collettivo
  - Zone ad uso collettivo, suddivisibili anche attraverso elementi mobili, per il ristoro, le attivita' di socializzazione e ludico-motorie con possibilita' di svolgimento di attivita' individualizzate
  - Una zona riposo distinta dagli spazi destinati alle attivita', con almeno uno spazio con n.2 posti per il sollievo per la gestione delle emergenze
  - Autonomi spazi destinati alla preparazione e alla somministrazione dei pasti, in caso di erogazione del servizio
  - Spazio amministrativo
  - Servizi igienici attrezzati [barrare l'opzione pertinente]
  - 2 bagni per ricettivita' fino a 15 posti, di cui uno destinato alle donne;
  - 3 bagni per ricettivita' oltre 15 posti, di cui uno riservato in rapporto alla ricettivita' preventiva uomini/donne
  - Un servizio igienico per il personale
- Allega la griglia di autovalutazione del possesso dei requisiti di accreditamento – fase PLAN R.R. n. 16/2019

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante

**MODELLO C – RSA DISABILI RR 5/2019**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO IN ORDINE AI REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO**

(DPR 445 28 dicembre 2000, n. 445 art 45 e 46)

il/la sottoscritto/a [inserire nome e cognome] nato a [inserire comune di nascita (provincia)], il [inserire data di nascita], residente in [inserire indirizzo della residenza], comune di [inserire comune di residenza (provincia)], in qualità di Legale Rappresentante della..... [inserire ragione sociale] partita IVA [inserire partita iva], codice fiscale [inserire codice fiscale], con sede legale in [inserire l'indirizzo della sede legale], comune di [inserire il comune in cui è la sede], titolare della Rsa disabili [inserire denominazione] avente sede operativa in [inserire l'indirizzo della sede] e con dotazione di [inserire n. SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE] pl ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e di [inserire n. SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE] pl ai fini dell'accreditamento :

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità **consapevole delle sanzioni penali e amministrative previste dal D.P.R. 445/00 e dall'art 29 bis della LR 9 del 2017 in caso di dichiarazioni false o mendaci nonché dell'obbligo di mantenere i requisiti di autocertificazione ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento transitorio**

**dichiara**

- che la Rsa disabili è in possesso di tutti i requisiti minimi e specifici strutturali, tecnologici ed organizzativi di autorizzazione all'esercizio e ulteriori di accreditamento previsti rispettivamente dal R.R. n. 5/2019 e dal R.R. 16/2019 e dalla Sezione A del R.R. n. 3/2010;
- che i documenti e le certificazioni comprovanti il possesso dei requisiti generali e specifici della Rsa disabili sono a disposizione presso la sede operativa per le successive verifiche;
- di non trovarsi in stato di fallimento, concordato preventivo, amministrazione straordinaria, liquidazione coatta amministrativa, gestione commissariale nonché in stato di scioglimento o liquidazione volontaria, ovvero in una situazione che denoti lo stato di insolvenza o di cessazione dell'attività;
- di non incorrere in nessuna delle cause di decadenza previste dall'art 9 comma 5 della LR 9 del 2017;
- di non aver riportato condanne definitive per reati di evasione fiscale e contributiva nei confronti del titolare e, nel caso di società e persone giuridiche, del legale rappresentante, degli amministratori, nonché degli associati e dei soci titolari di quote o azioni superiori al 20 per cento, ai sensi dell'art. 20, comma 2, lett. e) L.R. n. 9/2017 e s.m.i.;
- che il Responsabile sanitario della struttura è il Dottore [inserire nome e cognome] titolare dell'incarico sin dal [inserire data] e che lo stesso così come previsto dall'art 5.3 del RR 5 del 2019 possiede i titoli previsti dalla normativa vigente ed in particolare che lo stesso:

- è iscritto all'Albo dei medici della provincia di [inserire Provincia] al [inserire n.] di iscrizione all'albo;

- è specializzato dal [inserire data] in [inserire specializzazione] conseguita presso [inserire sede]

*ovvero, in subordine*

- è iscritto nella graduatoria regionale di medicina generale, non è titolare di nessun incarico in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale e non si trova in situazioni di incompatibilità e conflitto di interessi ai sensi dell'art 17 dell'ACN medicina generale vigente

**Luogo e data**

**Timbro e firma del legale rappresentante**

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

il/la sottoscritto/a [inserire nome e cognome] nato a [inserire comune di nascita (provincia)], il [inserire data di nascita], residente in [inserire indirizzo della residenza], comune di [inserire comune di residenza (provincia)], in qualità di Legale Rappresentante della..... [inserire ragione sociale] partita IVA [inserire partita iva], codice fiscale [inserire codice fiscale], con sede legale in [inserire l'indirizzo della sede legale], comune di [inserire il comune in cui è la sede], titolare della Rsa disabili [inserire denominazione] avente sede operativa in [inserire l'indirizzo della sede] e con dotazione di [inserire n.] pl ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e di [inserire n.] pl ai fini dell'accREDITAMENTO :

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevolezza delle sanzioni penali e decadenze dai benefici eventualmente conseguenti previste ex artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R nonchè dell'art 29 bis della LR 9 del 2017 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o uso degli stessi

**DICHIARA**

Di garantire all'interno della struttura il seguente standard minimo espresso in ore a settimanali:

Rispetto dello standard minimo previsto per 1 nucleo da 20 pl – Mantenimento di tipo A- DISABILI IN CONDIZIONI DI GRAVITA'	
<b>FIGURE PROFESSIONALI</b>	Standard minimo come da RR 5/2019 in ore a settimana per pl.....[INSERIRE N. PL] di Rsa di mant. di tipo A
Responsabile Sanitario	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>
Infermiere Professionale	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>
OSS H 24	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>
Fisioterapista/Logopedista	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>
Educatore professionale o terapeuta occupazionale	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>
Assistente sociale	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante

Rispetto dello standard minimo previsto per 1 nucleo da 20 pl – Mantenimento di tipo B – DISABILI CON MEDERATO IMPEGNO ASSISTENZIALE O PRIVI DEL SOSTEGNO FAMILIARE	Standard minimo come da RR 5/2019 in ore a settimana per pl.....[INSERIRE N. PL] di Rsa di mant di tipo B
<b>FIGURE PROFESSIONALI</b>	
Responsabile Sanitario	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>
Infermiere Professionale	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>
OSS H 24	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>
Fisioterapista/Logopedista	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>
Educatore professionale o terapeuta occupazionale	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>
Assistente sociale	<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE</b>

**DICHIARA ALTRESI'**

- In aggiunta rispetto allo standard organizzativo su riportato il turno notturno all'interno della struttura è garantito da **[SPUNTARE UNA DELLE SEGUENTI DUE OPZIONI]**:
- N. 1 infermiere (36 ore sett.) di notte dotato di attestato BLS/D ogni nucleo da 20 pl per un totale di n. **[SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE]** infermieri aggiuntivi rispetto alle tabelle precedenti;  
ovvero
- N. 1 infermiere (36 ore sett.) di notte dotato di attestato BLS/D per il primo nucleo da n. 20 p.l. aggiuntivo rispetto alle tabelle precedenti e per i nuclei successivi al primo n. 1,1 OSS (per 42 ore a sett.) per nucleo per un totale di n. **[SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE]** OSS aggiuntivi rispetto alle tabelle precedenti;
- Che la struttura rispetta le previsioni riportate nell'Allegato 1, punto 4 lett. d in merito alle tipologie contrattuali ammesse;
- che il numero complessivo dei contratti di lavoro a tempo determinato è quello previsto dall'art. 23 del D.Lgs. n. 81/2015 e s.m.i., e non supera il limite massimo del 20 % rispetto al totale del personale, ovvero  rispetta il limite previsto dal CCNL applicato [indicare il CCNL che si applica] pari a [indicare percentuale];
- Che il personale operante nella struttura ha un rapporto di lavoro di tipo subordinato alla diretta dipendenza del titolare della struttura  
ovvero
- [SPUNTARE LA CASELLA]** che il personale operante nella struttura ha un rapporto di lavoro subordinato alla diretta dipendenza del gestore (Solo in caso di enti pubblici/ASP);
- Che le informazioni relative al personale assunto dalla struttura sotto riportate corrispondono al vero.

**Luogo e data**

**Timbro e firma del legale rappresentante**

ELENCO DEL PERSONALE										
Nome	Cognome	Data Di Nascita	Qualifica Professionale	Titolo Di Studio	Specializzazione	Iscrizione All'albo	Tipologia Contratto	Data di Assunzione	n. h/sett.	**ESCLUSIVO oppure ALTRA STRUTTURA

\*DA RIPETERE PER OGNI FIGURA PROFESSIONALE

\*\* IL PERSONALE CON DEBITO ORARIO A TEMPO PIENO DEVE OPERARE IN VIA ESCLUSIVA NELLA RSA IN OGGETTO

\*\*\* PER IL PERSONALE CON DEBITO ORARIO PARZIALE E' OBBLIGATORIO INDICARE LA STRUTTURA/E OVE PRESTA ANCHE SERVIZIO ED IL RELATIVO DEBITO ORARIO

**REQUISITI STRUTTURALI**

il/la sottoscritto/a [inserire nome e cognome] nato a [inserire comune di nascita (provincia)], il [inserire data di nascita], residente in [inserire indirizzo della residenza], comune di [inserire comune di residenza (provincia)], in qualità di Legale Rappresentante della..... [inserire ragione sociale] partita IVA [inserire partita iva], codice fiscale [inserire codice fiscale], con sede legale in [inserire l'indirizzo della sede legale], comune di [inserire il comune in cui è la sede], titolare della Rsa disabili [inserire denominazione] avente sede operativa in [inserire l'indirizzo della sede] e con dotazione di [inserire n.] pl ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e di [inserire n.] pl ai fini dell'accreditamento : ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità **consapevole** delle sanzioni penali e amministrative previste dal D.P.R. 445/00 e dall'art 29 bis della LR 9 del 2017 in caso di dichiarazioni false o mendaci nonché dell'obbligo di mantenere i requisiti di autocertificazione ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento transitorio

**DICHIARA**

Di essere proprietario

ovvero

Di essere titolare del seguente diritto reale di godimento sull'immobile sede della struttura **[SPUNTARE UNA DELLE OPZIONI]**

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante



- Locazione
- Comodato d'uso
- Appalto
- Concessione
- Affitto ramo d'azienda
- Altro [SPECIFICARE].....

in forza del [INDICARE GLI ESTREMI DELL'ATTO/CONTRATTO].....

Che il predetto immobile è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di :

- Agibilità [riportare di seguito gli estremi del documento].....
- Protezione Antisismica
- Protezione Antincendio (D.P.R. n. 151 del 1° agosto 2011) riportare di seguito gli estremi del documento  
.....  
[se non prevista segnare la seguente casella]  non prevista
- Protezione Acustica
- Sicurezza elettrica e continuità elettrica
- Sicurezza antinfortunistica
- Igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro;
- Protezione Radiazioni Ionizzanti [se non prevista segnare la seguente casella]  non prevista
- Eliminazione della barriere architettoniche
- Smaltimento rifiuti
- Condizioni microclimatiche
- Materiali esplosivi [se non prevista segnare la seguente casella]  non prevista

**DICHIARA ALTRESI'**

che la struttura e' dotata di tutti i requisiti strutturali minimi di seguito indicati:

- REQUISITI STRUTTURALI RR 5/2019 [SPUNTARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA HA I REQUISITI DI SEGUITO INDICATI ]**
- Superficie totale utile 40 mq per ospite
- Camere (bagno escluso) minimo 12 mq singola e 18 mq doppia
- Presenza del bagno attrezzato per la non autosufficienza
- Tutte le camere rispettano il limite di 2 posti letto, sono collegate con servizi igienici attrezzati, rispettano gli standard di superficie previsti in relazione al numero dei letti

*Luogo e data*

*Timbro e firma del legale rappresentante*

- Le porte limitano l'ingombro durante l'apertura, aprono verso l'esterno, hanno una luce netta di misura tale da consentire il passaggio di letti con ruote, barelle doccia e carrozzine.
- I pavimenti hanno una superficie antiscivolo, non presentano dislivelli, asperità, sconnessioni e gradini nelle aree utilizzate dai degenti
- I corridoi hanno una larghezza sufficiente per consentire il transito di carrozzine o barelle e comunque dimensioni e caratteristiche adeguate all'esodo in situazioni di emergenza;
- I percorsi esterni non presentano buche o sporgenze che li ingombrino così da rendere sicuro il movimento ed il transito delle persone e dei mezzi di trasporto
- Area destinata alla valutazione e alla terapia (può servire anche diversi nuclei)
- Palestra con attrezzature e presidi medici necessari per le specifiche attività di riabilitazione previste
- Ambulatorio medico per visite, e valutazioni specifiche (min. mq 12)
- Locale per erogazione delle attività specifiche di riabilitazione
- Locale per attività infermieristica
- Area di socializzazione (può servire anche diversi nuclei)
- Locale per assistenza religiosa
- Locale Bar (o locale con distributore automatico di bevande)
- Soggiorno Polivalente
- Servizi igienici per i visitatori attrezzati di ausili per la non autosufficienza
- Aree verdi (solo per strutture di nuova realizzazione)
- Aree generali di supporto - Spazi connettivi (può servire anche diversi nuclei)
- Ingresso / Portineria
- Uffici amministrativi con archivio
- Sala riunioni
- Cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo sporzionamento)
- Il servizio di vitto
- è a gestione diretta: "nel caso in cui il servizio di vitto sia a gestione diretta (preparazione in loco), la cucina deve essere strutturata e dimensionata in relazione al numero di pasti da preparare/confezionare e suddivisa in settori/aree lavoro o locali secondo la normativa vigente al fine di garantire un'adeguata e corretta gestione del processo. La cucina e i locali annessi (servizi igienici, deposito/dispensa, ecc.) devono inoltre rispettare i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di igiene alimentare (Reg. CE 852/04 e s.m.i.)"
- è garantito da pasti veicolati: "nel caso in cui il servizio di vitto sia garantito con pasti veicolati, deve/devono essere presente/i uno o più locali (a seconda del numero dei pasti veicolati) di adeguate dimensioni, dedicato/i alla loro ricezione, alla conservazione, alla eventuale porzionatura (ove prevista), nonché al lavaggio della stoviglieria e dei contenitori di trasporto; nel locale devono essere presenti attrezzature per la corretta conservazione a caldo e/o a freddo degli alimenti, nonché le attrezzature necessarie per garantire la preparazione estemporanea di generi alimentari di conforto. Il locale deve inoltre rispettare i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di igiene alimentare (Reg. CE 852/04 e s.m.i.)"
- Lavanderia o stileria
- Oppure se il servizio è appaltato all'esterno
- locale per lo stoccaggio
- Servizio pulizia
- Oppure se il servizio è appaltato all'esterno

Luogo

e data

Timbro e firma del legale rappresentante

- un locale per lo stoccaggio attrezzi e materiale vario)
  - Magazzini
  - Camera ardente con sala dolenti
  - Presenza di un parcheggio fruibile dai visitatori
  - Corridoi e scale muniti di corrimano
  - Presenza di almeno un ascensore nelle strutture con più piani (deve essere garantito l'accesso della barella/lettiga) Servizi di Nucleo
  - Tutti i nuclei presentano:
    - o Locale soggiorno/TV/Spazio Collettivo
    - o Sala da pranzo (anche in condivisione tra nuclei)
  - Angolo cottura
  - Locale di servizio per il personale con annessi servizi igienici;
  - Un bagno assistito per immersione totale in posizione supina;
  - Locale deposito biancheria pulita (articolato per piano per nuclei presenti su più piani);
  - Locale deposito materiale sporco, con vuotatoio e lavapadelle ((articolato per piano per nuclei presenti su più piani);
  - Locale di deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, etc (articolato per piano per nuclei presenti su più piani);
  - Locale attività pedagogico- educativa, addestramento professionale, tempo libero.
- REQUISITI STRUTTURALI RR 4/2007 EX ART 57** (In alternativa a quelle di cui al RR 5 del 2019 e solo per le strutture che si avvalgono della deroga) **[ SPUNTARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA HA I REQUISITI DI SEGUITO INDICATI ]**
  - Camere da letto singole min. mq. 11, doppie min. mq. 16 per due posti letto
  - Tutte le camere:rispettano il limite di 2 posti letto,sono collegate con servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza,la disposizione dei posti letto è in orizzontale, evitando la disposizione "a castello"
  - La struttura è costituita da:
    - Spazio destinato alle attività giornaliere e al tempo libero
    - Sala da pranzo
    - Angolo cottura
    - Servizio igienico riservato al personale
    - Servizio igienico doppio, distinto per uomini e donne, ad uso collettivo attrezzato per la non autosufficienza
    - Tutti i locali sono privi di barriere architettoniche ed adeguatamente attrezzati per la non autosufficienza
  - REQUISITI STRUTTURALI RR 4/2007 EX ART 58** (In alternativa a quelle di cui al RR 5 del 2019 e solo per le strutture che si avvalgono della deroga) **[ SPUNTARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA HA I REQUISITI DI SEGUITO INDICATI ]**
  - Camere (bagno escluso) minimo 11 mq singola, 16 mq doppia

Luogo

e

data

Timbro e firma del legale rappresentante

- Tutte le camere:
- Sono dotate di bagno (anche esterno) assistito per la non autosufficienza nella misura di uno ogni 3 ospiti, rispettano gli standard di superficie previsti in relazione al numero dei letti
- Tutti i nuclei presentano:
  - Spazio riservato alle attività giornaliere e ricreative
  - Sala da pranzo (anche in condivisione tra nuclei)
  - Angolo cottura (eventuale)
  - Locale di servizio per il personale (min. mq 4) con annessi servizi igienici (uno per ogni modulo da 20 pl)
  - Bagno collettivo ad uso esclusivo dei visitatori
  - Ambulatorio con servizio igienico direttamente accessibile preceduto da una zona di attesa
  - Palestra deposito con deposito attrezzi e lo spogliatoio con servizio igienico

#### REQUISITI TECNOLOGICI

il/la sottoscritto/a [inserire nome e cognome] nato a [inserire comune di nascita (provincia)], il [inserire data di nascita], residente in [inserire indirizzo della residenza], comune di [inserire comune di residenza (provincia)], in qualità di Legale Rappresentante della..... [inserire ragione sociale] partita IVA [inserire partita iva], codice fiscale [inserire codice fiscale], con sede legale in [inserire l'indirizzo della sede legale], comune di [inserire il comune in cui è la sede], titolare della Rsa disabili [inserire denominazione] avente sede operativa in [inserire l'indirizzo della sede] e con dotazione di [inserire n.] pl ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e di [inserire n.] pl ai fini dell'accreditamento :  
*ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità consapevole delle sanzioni penali e amministrative previste dal D.P.R. 445/00 e dall'art. 29 bis della LR 9 del 2017 in caso di dichiarazioni false o mendaci nonché dell'obbligo di mantenere i requisiti di autocertificazione ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento transitorio*

#### DICHIARA

che la struttura e' dotata dei requisiti tecnologici di seguito indicati:

- Presenza in tutti gli ambienti di impianto di riscaldamento e condizionamento
- Carrello per la gestione delle emergenze/urgenze completo di defibrillatore, saturimetro, materiale per l'assistenza respiratoria ,sfigmomanometro, fonendoscopio, laccio emostatico,siringhe, materiale per medicazione, farmaci per il pronto intervento.
- Letti elettrici articolati ad altezza variabile con sponde e ruote (per tutti i pl)
- Materassi antidecubito
- Cuscini antidecubito in misura non inferiore ad ¼ dei posti letto della struttura
- Sistema di chiamata allarme
- Sollevari pazienti elettrici con diverse tipologie di imbragature
- Carrozine
- Apparecchi per aerosolterapia
- Broncoaspiratori/ bronco aspiratori portatili con sistema a batteria ricaricabile

Luogo

e

data

Timbro e firma del legale rappresentante

- Almeno due poltrone doccia
- Disponibilità di gas medicali
- Allega la griglia di autovalutazione del possesso dei requisiti di accreditamento – fase PLAN R.R. n. 16/2019

*Timbro e firma del legale rappresentante*

*Luogo e data*

## MODELLO D – CENTRO DIURNO DISABILI RR 5/2019

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO IN ORDINE AI REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO

(DPR 445 28 dicembre 2000, n. 445 art 45 e 46)

il/la sottoscritto/a [inserire nome e cognome] nato a [inserire comune di nascita (provincia)], il [inserire data di nascita], residente in [inserire indirizzo della residenza], comune di [inserire comune di residenza (provincia)], in qualità di Legale Rappresentante della..... [inserire ragione sociale] partita IVA [inserire partita iva], codice fiscale [inserire codice fiscale], con sede legale in [inserire l'indirizzo della sede legale], comune di [inserire il comune in cui è la sede], titolare del Centro diurno disabili [inserire denominazione] avente sede operativa in [inserire l'indirizzo della sede] e con dotazione di [inserire n. SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE] posti ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e di [inserire n. SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE] posti ai fini dell'accreditamento :

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità **consapevole delle sanzioni penali e amministrative previste dal D.P.R. 445/00 e dall'art 29 bis della LR 9 del 2017 in caso di dichiarazioni false o mendaci nonché dell'obbligo di mantenere i requisiti di autocertificazione ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio dell'accreditamento transitorio**

## dichiara

- che il centro diurno disabili è in possesso di tutti i requisiti minimi e specifici strutturali, tecnologici ed organizzativi di autorizzazione all'esercizio e ulteriori di accreditamento previsti rispettivamente dal R.R. n. 5/2019 e dal R.R. 16/2019 e dalla Sezione A del R.R. n. 3/2010;
- che i documenti e le certificazioni comprovanti il possesso dei requisiti generali e specifici del centro diurno non autosufficienti sono a disposizione presso la sede operativa per le successive verifiche;
- di non trovarsi in stato di fallimento, concordato preventivo, amministrazione straordinaria, liquidazione coatta amministrativa, gestione commissariale nonché in stato di scioglimento o liquidazione volontaria, ovvero in una situazione che denoti lo stato di insolvenza o di cessazione dell'attività;
- di non incorrere in nessuna delle cause di decadenza previste dall'art 9 comma 5 della LR 9 del 2017;
- di non aver riportato condanne definitive per reati di evasione fiscale e contributiva nei confronti del titolare e, nel caso di società e persone giuridiche, del legale rappresentante, degli amministratori, nonché degli associati e dei soci titolari di quote o azioni superiori al 20 per cento, ai sensi dell'art. 20, comma 2, lett. e) L.R. n. 9/2017 e s.m.i.;
- che il Responsabile sanitario della struttura è il Dottore [inserire nome e cognome] titolare dell'incarico sin dal [inserire data] e che lo stesso così come previsto dall'art 6.2 del RR 5 del 2019 possiede i titoli previsti dalla normativa vigente ed in particolare che lo stesso:
- è iscritto all'Albo dei medici della provincia di [inserire Provincia] al [inserire n.] di iscrizione all'albo;
- è specializzato dal [inserire data] in [inserire specializzazione] conseguita presso [inserire sede] ovvero, in subordine
- è iscritto nella graduatoria regionale di medicina generale, non è titolare di nessun incarico in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale e non si trova in situazioni di incompatibilità e conflitto di interessi ai sensi dell'art 17 dell'ACN medicina generale vigente;

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

il/la sottoscritto/a [inserire nome e cognome] nato a [inserire comune di nascita (provincia)], il [inserire data di nascita], residente in [inserire indirizzo della residenza], comune di [inserire comune di residenza (provincia)], in qualità di Legale Rappresentante della..... [inserire ragione sociale] partita IVA [inserire partita iva], codice fiscale [inserire codice fiscale], con sede legale in [inserire l'indirizzo della sede legale], comune di [inserire il comune in cui è la sede], titolare del Centro diurno disabili [inserire denominazione] avente sede operativa in [inserire l'indirizzo della sede] e con dotazione di [inserire n.] posti ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e di [inserire n.] posti ai fini dell'accreditamento :

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n° 445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali e decadenze dai benefici eventualmente conseguiti previste ex artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. nonché dell'art 29 bis della LR 9 del 2017 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o uso degli stessi

**DICHIARA**

**Di garantire il seguente standard minimo espresso in ore settimanali:**

Rispetto dello standard minimo previsto per 1 nucleo da 30 posti di Centro diurno disabili – ART 7.4	
FIGURE PROFESSIONALI	Standard minimo come da RR 5 /2019 in ore a settimana per posti .....[INSERIRE N. Posti] di Centro diurno disabili
Responsabile Sanitario	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Medico Specialista	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Fisioterapista/logopedista	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
OSS	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Educatore professionale/terapista occupazionale	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Psicologo	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE
Assistente sociale	SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

**DICHIARA ALTRESI'**

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante

- Che la struttura rispetta le previsioni riportate nell'Allegato 1, punto 4 lett. d in merito alle tipologie contrattuali ammesse;
- che il numero complessivo dei contratti di lavoro a tempo determinato è quello previsto dall'art. 23 del D.Lgs. n. 81/2015 e s.m.i., e non supera il limite massimo del 20 % rispetto al totale del personale, ovvero  rispetta il limite previsto dal CCNL applicato [indicare il CCNL che si applica] pari a [indicare percentuale];
- Che il personale operante nella struttura ha un rapporto di lavoro di tipo subordinato alla diretta dipendenza del titolare della struttura *ovvero*
- SPUNTARE LA CASELLA** che il personale operante nella struttura ha un rapporto di lavoro subordinato alla diretta dipendenza del gestore (Solo in caso di enti pubblici/ASP);
- Che le informazioni relative al personale assunto dalla struttura sotto riportate corrispondono al vero.

ELENCO DEL PERSONALE										
Nome	Cognome	Data Di Nascita	Qualifica Professionale	Titolo Di Studio	Specializzazione	Iscrizione All'albo	Tipologia Contratto	Data di Assunzione	n. h/sett.	**ESCLUSIVO oppure ALTRA STRUTTURA

\*DA RIPETERE PER OGNI FIGURA PROFESSIONALE

**\*\* IL PERSONALE CON DEBITO ORARIO A TEMPO PIENO DEVE OPERARE IN VIA ESCLUSIVA NELLA RSA IN OGGETTO**

**\*\* PER IL PERSONALE CON DEBITO ORARIO PARZIALE E' OBBLIGATORIO INDICARE LA STRUTTURA/E OVE PRESTA ANCHE SERVIZIO ED IL RELATIVO DEBITO ORARIO**

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante



**REQUISITI STRUTTURALI**

il/la sottoscritto/a [inserire nome e cognome] nato a [inserire comune di nascita (provincia)], il [inserire data di nascita], residente in [inserire indirizzo della residenza], comune di [inserire comune di residenza (provincia)], in qualità di Legale Rappresentante della..... [inserire ragione sociale] partita IVA [inserire partita iva], codice fiscale [inserire codice fiscale], con sede legale in [inserire l'indirizzo della sede legale], comune di [inserire il comune in cui è la sede], titolare del Centro diurno disabili [inserire denominazione] avente sede operativa in [inserire l'indirizzo della sede] e con dotazione di [inserire n.] pl ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e di [inserire n.] pl ai fini dell'accreditamento :

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità **consapevole delle sanzioni penali e amministrative previste dal D.P.R. 445/00 e dall'art 29 bis della LR 9 del 2017 in caso di dichiarazioni false o mendaci nonché dell'obbligo di mantenere i requisiti di autocertificazione ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento transitorio**

**DICHIARA**

- Di essere proprietario  
ovvero
- Di essere titolare del seguente diritto reale di godimento sull'immobile sede della struttura **[SPUNTARE UNA DELLE OPZIONI]**
- Locazione  
 Comodato d'uso  
 Appalto  
 Concessione  
 Affitto ramo d'azienda  
 Altro **[SPECIFICARE]**.....

in forza del **[INDICARE GLI ESTREMI DELL'ATTO/CONTRATTO]**.....

Che il predetto immobile è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di :

- Agibilità [riportare di seguito gli estremi del documento].....
- Protezione Antisismica
- Protezione Antincendio (D.P.R. n. 151 del 1° agosto 2011) riportare di seguito gli estremi del documento  
.....  
[se non prevista segnare la seguente casella]  non prevista
- Protezione Acustica
- Sicurezza elettrica e continuità elettrica
- Sicurezza antinfortunistica
- Igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro;
- Protezione Radiazioni Ionizzanti  
[se non prevista segnare la seguente casella]  non prevista

**Luogo e data**

**Timbro e firma del legale rappresentante**

- Eliminazione della barriere architettoniche
  - Smaltimento rifiuti
  - Condizioni microclimatiche
  - Materiali esplosivi
- [se non prevista segnare la seguente casella]  non prevista

**DICHIARA ALTRESI'**

che la struttura e' dotata di tutti i requisiti strutturali minimi di seguito indicati:

- REQUISITI STRUTTURALI RR 5/2019 [SPUNTARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA HA I REQUISITI DI SEGUITO INDICATI ]**
- Un ambiente sicuro e proteso per l'utenza a cui il Centro fa riferimento
- Congrui spazi destinati alle attività, non inferiori a complessivi 250mq per 30 utenti, inclusi i servizi igienici e le zone ad uso collettivo
- Zone ad uso collettivo, suddivisibili anche attraverso elementi mobili, per il ristoro, le attività di socializzazione e ludico-motorie con possibilità di svolgimento di attività individualizzate
- Una zona riposo distinta dagli spazi destinati alle attività, con almeno una camera con n.2 posti letto per il sollievo per la gestione delle emergenze
- Autonomi spazi destinati alla preparazione e alla somministrazione dei pasti, in caso di erogazione del servizio
- Spazio amministrativo
- Servizi igienici attrezzati [barrare l'opzione pertinente]:
- 2 bagni per ricettività fino a 20 posti, di cui uno destinato alle donne;
- 3 bagni per ricettività oltre 20 posti, di cui uno riservato in rapporto alla ricettività preventiva uomini/donne
- Un servizio igienico per il personale
- REQUISITI STRUTTURALI RR 4/2007 EX ART 60 [SPUNTARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA HA I REQUISITI DI SEGUITO INDICATI ]**
- Un ambiente sicuro e proteso per l'utenza a cui il Centro fa riferimento
- Congrui spazi destinati alle attività, non inferiori a complessivi 250mq per 30 utenti, inclusi i servizi igienici e le zone ad uso collettivo
- Zone ad uso collettivo, suddivisibili anche attraverso elementi mobili, per il ristoro, le attività di socializzazione e ludico-motorie con possibilità di svolgimento di attività individualizzate
- Una zona riposo distinta dagli spazi destinati alle attività, con almeno una camera con n.2 posti letto per il sollievo per la gestione delle emergenze
- Autonomi spazi destinati alla preparazione e alla somministrazione dei pasti, in caso di erogazione del servizio
- Spazio amministrativo
- Servizi igienici attrezzati [barrare l'opzione pertinente]:
- 2 bagni per ricettività fino a 20 posti, di cui uno destinato alle donne;
- 3 bagni per ricettività oltre 20 posti, di cui uno riservato in rapporto alla ricettività preventiva uomini/donne
- Un servizio igienico per il personale
- Allega la griglia di autovalutazione del possesso dei requisiti di accreditamento – fase PLAN R.R. n. 16/2019

**Luogo e data**

**Timbro e firma del legale rappresentante**

**MODELLO E - DICHIARAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE SANITARIO DELLA STRUTTURA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE IN MERITO AL POSSESSO DEI TITOLI E DI INCARICO ALLA QUALIFICA DI RESPONSABILE SANITARIO**

*La presente dichiarazione corredata dalla copia del documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore dovrà essere inviata al Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza alle persone in condizioni di fragilità – Assistenza Sociosanitaria servendosi della pec [autocertificazione.regione@pec.rupar.puglia.it](mailto:autocertificazione.regione@pec.rupar.puglia.it) secondo le indicazioni riportate nelle linee guida di cui all'allegato 1.*

il/la sottoscritto/a [inserire nome e cognome] nato a [inserire comune di nascita (provincia)], il [inserire data di nascita], residente in [inserire indirizzo della residenza], comune di [inserire comune di residenza (provincia)],

iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di [inserire Provincia], al n. [inserire n. di iscrizione all'Albo]

Con specializzazione in [inserire specializzazione]

**consapevole**

delle sanzioni penali e amministrative previste dal D.P.R. 445/00, in caso di dichiarazioni false o mendaci

**Dichiara**

di ricoprire il ruolo di Responsabile Sanitario presso la Struttura denominata [inserire denominazione] con sede nel Comune di [inserire indirizzo] alla Via [inserire indirizzo]

Data di assunzione incarico: [inserire data]

- Di essere iscritto all'Albo dei medici della provincia di [inserire Provincia] al [inserire n.] di iscrizione all'albo;
- Di essere specializzato dal [inserire data] in [inserire specializzazione] conseguita presso [inserire sede] ovvero, in subordine
  - di essere iscritto nella graduatoria regionale di medicina generale e di non essere titolare di nessun incarico in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale;
  - di non incorrere in alcuna delle condizioni che danno luogo alle cause di inconfiribilità e di incompatibilità dell'incarico;
  - di non aver compiuto il 70° anno d'età, condizione che dà luogo a inconfiribilità dell'incarico di responsabile sanitario ai sensi dell'art. 12, co. 8 L.R. n. 9/2017

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante

**dichiara inoltre**

- di non ricoprire altri incarichi di Direzione Sanitaria
- di ricoprire altri incarichi di Direzione Sanitaria

Nel caso di cui al punto 2) le strutture presso le quali esercito il ruolo di Responsabile Sanitario sono:  
denominazione [inserire denominazione] con sede nel Comune di [inserire indirizzo] alla Via [inserire indirizzo]  
Data di assunzione incarico: [inserire data]

Luogo e data

Firma leggibile del Responsabile sanitario

*oppure*

Firma digitale del Responsabile sanitario

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante