**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

**ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 - artt. 46 e 47**

**PROGETTO ORGANIZZATIVO**

**DEL SERVIZIO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di **legale rappresentante** della (società/cooperativa/associazione, ecc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P. Iva\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ente gestore del progetto denominato: ”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”

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

**DICHIARA QUANTO SEGUE:**

1. L'attività si svolgerà presso la struttura denominata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_

di proprietà di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. L’attività si svolgerà nel seguente periodo: dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e nei seguenti giorni e orari:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GIORNATE APERTURA** | **MATTINO** | | **POMERIGGIO** | |
| **dalle ore** | **alle ore** | **dalle ore** | **alle ore** |
| **LUNEDÌ** |  |  |  |  |
| **MARTEDÌ** |  |  |  |  |
| **MERCOLEDÌ** |  |  |  |  |
| **GIOVEDÌ** |  |  |  |  |
| **VENERDÌ** |  |  |  |  |
| **SABATO** |  |  |  |  |
| **DOMENICA** |  |  |  |  |

1. Gli orari di attività con i bambini saranno i seguenti:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mentre le attività di pulizia e sanificazione verranno svolte nei seguenti orari:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Il centro ospiterà bambini di età:**

* 3-5 anni fino ad un massimo di n. \_\_\_\_\_\_ bambini
* 6-11 anni fino ad un massimo di n. \_\_\_\_\_\_ bambini
* 12-17 anni fino ad un massimo di n. \_\_\_\_\_\_ adolescenti

1. Nella struttura adibita al progetto:

* Non è previsto il consumo di pasti
* E’ previsto il consumo di pasti, con le seguenti modalità:

*Preparazione pasti:*

*Consumo pasti:*

1. Il progetto:

* Non prevede il servizio di trasporto per i frequentanti
* Prevede il servizio di trasporto per i frequentanti, con le seguenti modalità:

1. Gli operatori/animatori impiegati sono i seguenti:

***vedi allegato 1a***

1. I volontari impiegati sono i seguenti:

***vedi allegato 1b***

1. Il Responsabile del progetto/centro è:

Cognome/nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolo di studio posseduto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

anni di comprovata esperienza in servizi per l’infanzia e adolescenza n. \_\_\_\_\_\_\_\_

Riferimenti per contatti durante lo svolgimento:

Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Il referente covid-19 (*si tratta della figura che tiene i raccordi tra Enti/famiglie/bambini e ATS/Comune/Azienda ASPA per qualsiasi necessità relativa allo stato di salute di quanti a vario titolo sono coinvolti nelle azioni/attività. Può essere la medesima figura di Responsabile educativo e organizzativo. Deve garantire immediata rintracciabilità per la durata del progetto)* è:

Cognome/nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riferimenti per contatti durante lo svolgimento:

Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tutto il personale impiegato, sia educativo che ausiliario, non si trova nella situazione indicata agli articoli 5 e 8 della Legge 6 febbraio 2006, n. 38 *"Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo internet”*
2. Verrà istituito e tenuto aggiornato un **registro delle presenze giornaliere di minori e adulti**, suddiviso per ciascun “piccolo gruppo”.
3. Il prospetto della programmazione settimanale delle attività è il seguente:

*indicare tempi di svolgimento delle attività e programma giornaliero di massima (giornata-tipo), che espliciti chiaramente le situazioni e attività; nella descrizione deve emergere* ***l’organizzazione in “piccoli gruppi”****; vanno altresì incluse le routines del lavaggio mani (****ad ogni cambio di attività, dopo uso bagni, prima del pranzo)*** *e igienizzazione degli spazi e dei materiali. La parte qui descritta* ***può essere integrata con apposita scheda illustrativa da allegare***

1. le modalità di **gestione dell’ingresso e dell’uscita,** incluse le attività di **triage,** sono le seguenti:

*indicare il luogo dedicato, come sono scaglionati gli ingressi e le uscite, igiene delle mani, triage*

1. Il **piano della pulizia e sanificazione degli spazi e materiali**, nonché della pulizia dei bagni, è il seguente:
2. il piano **informativo** verso le famiglie (presentazione del progetto alle famiglie e informazione sui possibili rischi di contagio), è il seguente:
3. Verrà sottoscritto con le famiglie il **patto di corresponsabilità** previsto dall’ordinanza n. 555 del 29/05/2020 di Regione Lombardia (allegato 3) .
4. Verrà sottoposto alla firma dei genitori l’autodichiarazione sullo **stato di salute** del minore e sulle condizioni per accedere al centro (come previsto dall’ordinanza n. 555 del 29/05/2020 di Regione Lombardia) – allegato 5.
5. Di aver **adeguatamente formato il personale**, sia professionale che volontario, sulle misure anticontagio, sull’utilizzo dei dispositivi di protezione individuale e sulle misure di igiene e sanificazione, secondo il seguente piano:
6. Verrà adottata e fatta firmare a ciascun operatore e volontario impiegato sul progetto l’autodichiarazione prevista dall’ordinanza n. 555 del 29/05/2020 di Regione Lombardia (allegato 4).
7. Di aver contratto sul progetto idonea copertura assicurativa contro gli Infortuni e la Responsabilità Civile verso Terzi (di cui si allega copia)
8. *In caso di accoglienza bambini disabili*, verranno adottate le seguenti modalità di gestione, con specifico riferimento ai contatti con i servizi sociali territoriali:

**DICHIARA infine**

Di autorizzare il trattamento dei dati forniti, sapendo che gli stessi saranno trattati dall’ufficio ricevente esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale sono resi e che potranno essere comunicati ad altri soggetti, anche con mezzi informatici, solo per ragioni istituzionali, per operazioni e servizi connessi ai procedimenti e provvedimenti che lo riguardano.

Si allega:

* Allegato 1a – Elenco del Personale
* Allegato 1b – Elenco dei Volontari
* Allegato 2 – Check-list
* Allegato 3 – Patto di corresponsabilità
* Allegato 4 – autodichiarazione operatori e volontari
* Allegato 5 – autodichiarazione dello stato di salute del minore
* Planimetria degli ambienti e spazi chiusi utilizzati e la relativa organizzazione funzionale, con chiara indicazione dei percorsi e dei flussi
* Eventuale scheda delle attività ludico ricreative proposte
* Copia polizza assicurativa Infortuni e RCT/O, entrambe riferite a operatori, volontari e fruitori del servizio

Data e luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_