

**ALLEGATO B – MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE PER OPERATORI DEI CENTRI DIURNI ESTIVI PER MINORI
CON AUTORIZZAZIONE RILASCIATA NELL'ANNO 2022 E /O NELL'ANNO 2023**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000

Il sottoscritto _____ in qualità di Legale rappresentante di _____ (indicare riferimenti soggetto proponente), nato a _____, il _____, residente a _____ in _____, codice fiscale _____ sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli articoli 75 e 76 del DPR 445/00)

DICHIARA

- di avere preso conoscenza della normativa nazionale e regionale vigente;
- che il progetto di cui di seguito è stato redatto conformemente alle stesse, esonerando da qualsiasi responsabilità rispetto all'esecuzione del progetto gli enti che ricevono la richiesta di approvazione;
- di aver preso visione dell'informativa privacy

Soggetto proponente	<i>Dati generali, natura sociale, legale rappresentante etc. riferimenti mail e telefonici</i>						
Sede di realizzazione delle attività	<i>Indirizzo e denominazione struttura</i>						
Modalità di iscrizione	<i>Indicare modalità e tempi di iscrizione e criteri di priorità nell'accesso al servizio, nonché un riferimento mail/telefonico per informazioni all'utenza</i>						
Calendario di apertura	<i>Indicare date e giorni di apertura</i>						
Orario quotidiano di funzionamento:	<p>orari di effettiva apertura all'utenza</p> <p>tempi previsti per la predisposizione quotidiana del servizio</p> <p>tempi previsti per il riordino</p>						
Numero e età dei bambini/adolescenti accolti	<table> <tr> <td>età 3/5 n°</td> <td>in n° gruppi</td> </tr> <tr> <td>età 6/11 n°</td> <td>in n° gruppi</td> </tr> <tr> <td>età 12/17 n°</td> <td>in n° gruppi</td> </tr> </table>	età 3/5 n°	in n° gruppi	età 6/11 n°	in n° gruppi	età 12/17 n°	in n° gruppi
età 3/5 n°	in n° gruppi						
età 6/11 n°	in n° gruppi						
età 12/17 n°	in n° gruppi						
Rapporto numerico educatore/bambino previsto	<p>età 3/5 :</p> <p>età 6/11:</p> <p>età 12/17 :</p> <p>bambini/ ragazzi con disabilità:</p>						
Spazi previsti al chiuso	<p>Breve descrizione e mq per ciascun ambiente:</p> <p>Mq a disposizione per ciascun bambino e adulto presente:</p>						
Spazi previsti all'aperto	Breve descrizione e mq indicativi per ciascuno spazio esterno :						

	Mq a disposizione negli spazi esterni per ciascun bambino e adulto presente:
Servizi igienici	Indicare numero e tipologia (in relazione all'utilizzo da parte delle diverse fasce d'età).
<p>Allegare planimetria delle aree chiuse con indicazione delle funzioni dei diversi spazi (es. accessi, aree gioco, aree servizio, etc) e le loro modalità e tempi di utilizzo da parte dei diversi gruppi presenti. Ove possibile, indicare i flussi e gli spostamenti previsti nel corso della giornata.</p>	
Utilizzo degli spazi	Descrivere le modalità di utilizzo degli spazi da parte dei diversi gruppi, evidenziando eventuali turnazioni nell'utilizzo di aree comuni.
<p>Programma giornaliero</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempi e modalità di svolgimento delle attività - Periodicità e modalità prevista per igienizzazione spazi in base alla tipologia degli stessi (prodotti utilizzati) - Periodicità e modalità prevista per igienizzazione 	

<p>materiali e attrezzature (prodotti utilizzati)</p>	
<p>Personale <i>(l'elenco nominativo dovrà essere reso disponibile presso la sede del Centro Estivo, con la registrazione dei turni di presenza)</i></p>	<p>Personale educativo/animativo impiegato Numero e qualifica</p> <p>Personale esecutore/operatori di supporto per le attività di pulizia e sanificazione Numero e qualifica</p> <p>Personale sostituto Numero e qualifica</p> <p>Personale di coordinamento Numero e qualifica</p> <p>Personale volontario</p>
<p>Modalità previste nel caso di accoglienza di bambini ed adolescenti con disabilità o provenienti da contesti familiari caratterizzati da fragilità</p>	<p>Indicare specifiche modalità adottate per l'accoglienza. Indicare le modalità di consultazione dei servizi sociosanitari al fine di concordare le forme di individualizzazione del progetto di attività da proporre e realizzare:</p>
<p>Frequenza di specifiche iniziative formative su:</p> <p>per gli operatori addetti all'accoglienza dei bambini e adolescenti con disabilità, formazione in merito alle speciali</p>	<p>Personale già formato al momento della presentazione del progetto n° _____</p> <p>Personale che verrà formato prima dell'avvio del servizio n° _____</p>

