



DIREZIONE REGIONALE SALUTE E POLITICHE SOCIALI

MOD. AR01/A

**DOMANDA PER L'ACCREDITAMENTO REGIONALE DEI NIDI D'INFANZIA
A TITOLARITA' PRIVATA (D.G.R. n.903/2017)**

Al Comune/Municipio del Comune di Roma Capitale

.....

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente nel Comune di _____ (Prov. |__|__|)

Via/P.zza _____ n. _____ C.A.P. |__|__|__|__|__|

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Recapito telefonico (cellulare) _____

in qualità di Legale Rappresentante, in proprio o della Società _____

con sede legale nel Comune/Municipio di _____ (Prov. |__|__|)

Via/P.zza _____ n. _____ C.A.P. |__|__|__|__|__|

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

P.IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Telefono _____ Pec _____

CHIEDE

ai sensi della DGR 19 dicembre 2017, n. 903, il rilascio dell'Accreditamento Regionale per il nido d'infanzia privato denominato _____

situato nel Comune/Municipio di _____ (prov. |__|__|)

Via/P.zza _____ n. _____ C.A.P. |__|__|__|__|__|

il cui responsabile della gestione il/la sig./sig.ra _____

Telefono _____ e-mail _____

A tal fine, consapevole, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, delle conseguenze amministrative e penali previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo decreto, in caso di false attestazioni o dichiarazioni, ivi compresa la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità



DIREZIONE REGIONALE SALUTE E POLITICHE SOCIALI

DICHIARA

- di essere in possesso dell'Autorizzazione al Funzionamento n. _____ del __ __ / __ __ / __ __
rilasciata dal Comune di _____ ,
ai sensi e per gli effetti della normativa adeguata e/o aggiornata a quanto previsto dalla L.R. n. 59/1980
così come modificata dall'art.1, comma 19, della L.R. n.12/2011;
- di poter disporre dell'immobile per un periodo superiore alla durata dell'Accreditamento (3 anni)
- di poter disporre dell'immobile per una durata inferiore alla durata dell'Accreditamento,
dal __ __ / __ __ / __ __ al __ __ / __ __ / __ __ ;
- di non essere stato condannato con sentenza penale passata in giudicato, di non avere carichi penali
pendenti, nonché procedimenti penali in corso;
- di conoscere il Regolamento del Sistema di Accreditamento Regionale dei nidi d'infanzia della Regione
Lazio di cui alla ai sensi della DGR 19 dicembre 2017, n. 903;
- di prevedere e garantire il diritto all'accesso da parte di tutti i bambini senza alcuna forma di
discriminazione e la disponibilità ad accogliere bambini portatori di disabilità o di disagio sociale;
- di disporre della figura del Coordinatore Pedagogico nella persona _____ ;
- di adottare uno specifico Sistema Qualità redatto secondo quanto stabilito dalle Linee Guida Regionali,
ai sensi della D.D. n. G18673 del 27/12/2017;
- di garantire agli educatori la partecipazione a corsi di formazione permanente;
- di disporre della Relazione descrittiva delle modalità di preparazione e/o somministrazione dei pasti
completa delle tabelle dietetiche;
- di garantire il rispetto dei contratti collettivi nazionali di lavoro di settore a tutti i dipendenti;
- di autorizzare alla pubblicazione dei dati richiesti, a fini statistici, sul portale regionale S.I.R.S.E Lazio
(Sistema Informativo Regionale Socio Educativo per la prima infanzia della Regione Lazio), nonché
l'impegno all'aggiornamento annuale dei dati richiesti (ai soli fini statistici) a seguito del rilascio
dell'Accreditamento Regionale, secondo il modello SR01/1;
- di dare tempestiva comunicazione al Comune/Municipio di ogni variazione rispetto a quanto dichiarato
all'atto della domanda di Accreditamento, ai sensi dell'art. 7 del Regolamento regionale di
Accreditamento;



DIREZIONE REGIONALE SALUTE E POLITICHE SOCIALI

di autorizzare sopralluoghi ispettivi nella propria struttura da parte del personale Comunale o Regionale autorizzato, al fine di:

1. verificare la permanenza dei requisiti richiesti per l'Accreditamento dichiarati nella documentazione allegata;
2. rilevare il benessere dei bambini e l'attuazione del Progetto Educativo e Organizzativo.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n.196, di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data ___/___/___

Firma (per accettazione della privacy)

ALLEGA

I seguenti documenti obbligatori, sottoscritti dal Legale Rappresentante:

- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- copia dell'Autorizzazione al Funzionamento del nido d'infanzia di cui si chiede l'Accreditamento Regionale;
- copia del contratto di lavoro/incarico professionale e curriculum vitae del Coordinatore Pedagogico, con indicazione della struttura presso la quale viene impiegato e delle ore a ciò dedicate;
- la Carta dei Servizi;
- il Progetto Pedagogico
- il Progetto Educativo;
- il Progetto Organizzativo;
- il documento inerente gli "Strumenti e metodologie di Valutazione del Servizio";
- la Relazione descrittiva sul servizio di refezione;
- (facoltativo) il Regolamento interno del nido d'infanzia ove siano definite le modalità per le iscrizioni e i criteri per le ammissioni ed il sistema tariffario per la determinazione della partecipazione economica degli utenti alle spese di gestione.

Data ___/___/___

Firma



DIREZIONE REGIONALE SALUTE E POLITICHE SOCIALI

SPAZIO RISERVATO AL COMUNE/MUNICIPIO

- Accettazione domanda e degli allegati con Prot. n° _____ del ___/___/___
 - Verifica della presenza della domanda e degli allegati: POSITIVO NEGATIVO: _____
 - Trasmissione della Domanda e degli Allegati alla C.T.P. di _____
- Data ___/___/___ Responsabile _____ Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE TECNICA PERMANENTE (C.T.P.)

Commissari: _____

VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA DOMANDA:

- 1 - Autorizzazione al Funzionamento aggiornata alla normativa vigente, LR n. 12/2011 art.1 comma 19: POSITIVO NEGATIVO: _____
- 2 - Disponibilità dell'immobile
- a) per un periodo superiore alla durata dell'Accreditamento (3anni) _____
- b) per un periodo inferiore alla durata dell'Accreditamento dal ___/___/___ al ___/___/___
- POSITIVO POSITIVO A TEMPO RIDOTTO NEGATIVO: _____
- 3 – Copia CCNL e incarico professionale Coord. Pedag POSITIVO NEGATIVO: _____
- 4 – Curriculum Vitae Coord. Pedagogico POSITIVO NEGATIVO: _____
- Sig./ra: _____
- 5 – Indicazione ore c/o la struttura del Coord. Pedag. POSITIVO NEGATIVO: _____
- 6 – Progetto Pedagogico POSITIVO NEGATIVO: _____
- 7 – Progetto Educativo POSITIVO NEGATIVO: _____
- 8 – Carta dei servizi POSITIVO NEGATIVO: _____
- 9 – Progetto Organizzativo POSITIVO NEGATIVO: _____
- 10 – Strumenti e metodologie di valutazione dei servizi POSITIVO NEGATIVO: _____
- 11 – Relazione descrittiva sul servizio di refezione POSITIVO NEGATIVO: _____

 a) Interno b) Esterno

ESITO POSITIVO (solo se tutti i punti sono positivi) POSITIVO A TEMPO RIDOTTO (punto 2b)

SOSPESO (richieste integrazioni al Legale Rappresentante sui punti _____)

NEGATIVO per _____

NOTE _____

Data ___/___/___

Firma _____