



DIREZIONE REGIONALE SALUTE E POLITICHE SOCIALI

MOD. AR01/B

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

Alla Commissione Tecnica Permanente di.....

Il/la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

in qualità di Dirigente del Settore relativo ai servizi educativi per l'infanzia del Comune/Municipio di \_\_\_\_\_ (Prov. |\_\_|\_\_|)

Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi della DGR 19 dicembre 2017, n. 903, il rilascio dell'Accreditamento Regionale per il nido d'infanzia a titolarità pubblica denominato \_\_\_\_\_

nei locali situati nel Comune/Municipio di \_\_\_\_\_ (prov. |\_\_|\_\_|)

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

il cui servizio è gestito:

- direttamente dal Comune;
- in appalto da \_\_\_\_\_
- in concessione da \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA**

- di essere in possesso dell'Autorizzazione al Funzionamento n. \_\_\_\_\_ del \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ rilasciata da questo Comune, 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);



DIREZIONE REGIONALE SALUTE E POLITICHE SOCIALI

- 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, 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 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 a seguito del rilascio dell'Accreditamento Regionale;
- 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)

---



DIREZIONE REGIONALE SALUTE E POLITICHE SOCIALI

**ALLEGA**

I seguenti documenti obbligatori:

- 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 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_