

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE NELL'ALBO REGIONALE DELLE  
STRUTTURE NON GOVERNATIVE ADIBITE ALL'OSPITALITA' DI  
MIGRANTI AI SENSI DEL DECRETO  
DELL'ASSESSORATO SALUTE N. DEL  
Pubblicato sulla G.U.R.S. parte I^ n. ....del.....**

*Al Dipartimento regionale della Pianificazione Strategica  
Servizio 10  
Piazza O. Ziino 24 –  
90145 Palermo*

Il/la sottoscritto/a .....nato/a .....  
il ..... residente a ..... in via  
.....n. tel. .... fax. .... cell.....  
C.F. ....in qualità di legale rappresentante della struttura (esatta  
denominazione):.....  
P.I./C.F.....ubicata nel Comune di .....via  
.....n....., essendo in possesso dei requisiti di cui all'art. 1 del decreto  
dell'Assessorato Salute che disciplina i requisiti igienico sanitari, strutturali ed  
organizzativi previsti per le strutture adibite all'ospitalità dei migranti

**CHIEDE**

che la stessa, essendo in possesso dei requisiti previsti dal D.A n. del. sia iscritta  
nell'apposito albo tenuto presso codesto Assessorato, autorizzando espressamente lo  
stesso ad inserire i dati riguardanti la struttura, che saranno pubblicati sul sito  
internet dell'Assessorato della Salute e con altri eventuali mezzi divulgativi.

A tale fine, il sottoscritto dichiara ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 e s.m.i:

*a) di essere il legale rappresentante della struttura di cui richiede l'iscrizione all'albo*

*b) che la struttura ha:*

- ragione sociale: .....*
- P.I.*
- indirizzo: (via- piazza) .....n. ....del Comune di.....*
- recapiti (tel – fax – cell – e\_mail*
- i requisiti in ordine al rispetto della normativa vigente in materia di prevenzione incendi e di sicurezza*
- destinazione urbanistica: .....*
- idoneo certificato di abitabilità*



- iniziato l'attività di ospitalità dal .... / ..... / ..... /*
- *capienza massima n. posti, di cui per uomini n.....e per donne n.....*
  - *ha la seguente tipologia di utenza (m.s.n.a., adulti, nuclei familiari).....*
  - *dispone di n. \_\_\_\_ numero di addetti alle attività di manutenzione, preparazione pasti e igiene;*
  - *n. assistenti sociali \_\_\_\_ n. psicologi.....n. personale sanitario..... (specificare medici/ infermieri)*
  - *n.....educatori*
  - *n.....mediatori culturali*

Il sottoscritto dichiara altresì che lo stesso e i dipendenti/ collaboratori che operano all'interno della struttura sono in possesso dei seguenti requisiti soggettivi:

- o *possesso dei requisiti morali previsti dagli articoli 11 - 12 - 92 - 131 del R.D. n. 773/1931 (T.U.L.P.S.), ovvero:*
- o *- non aver riportato condanne a pena restrittiva della libertà personale superiore a tre anni e non essere stato dichiarato delinquente abituale (art. 11);*
- o *- aver portato a termine gli studi obbligatori (art. 12);*
- o *- non essere stato condannato per reati di qualunque tipologia (art. 92);*
- o *- non trovarsi in uno stato di incapacità ad obbligarsi;*
- o *assenza di pregiudiziali ai sensi della legge antimafia;*
- o *assenza di condanne ai sensi della Legge 20 Febbraio 1958 n. 75 (Legge Merlin).*

Si attesta, infine, sotto la propria responsabilità, che tutte le dichiarazioni rese corrispondono al vero

Data .....

FIRMA LEGGIBILE  
( il legale rappresentante)

#### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_

in relazione alla richiesta di iscrizione di cui sopra, con la presente, ai sensi degli articoli 13 e 23 del D.Lgs. 196/2003 (di seguito indicato come "Codice Privacy") e successive modificazioni ed integrazioni

AUTORIZZA



L'Assessorato Regionale della Salute al trattamento, pubblicazione anche con l'ausilio di mezzi informatici e telematici, dei dati, anche personali, forniti dal sottoscritto ai fini della suddetta iscrizione nell'albo regionale delle strutture non governative adibite all'ospitalità di migranti tenuto dall'Assessorato Salute.

Prende inoltre atto che, ai sensi del "Codice Privacy", titolare del trattamento dei dati è l'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento della Pianificazione Strategica e che il sottoscritto potrà esercitare, in qualunque momento, tutti i diritti di accesso ai propri dati personali previsti dall'art. 7 del "Codice Privacy"

Luogo

Data .....

FIRMA LEGGIBILE  
( il legale rappresentante)

Allega alla presente copia del proprio documento di identità:

C.I. \_\_\_\_\_

rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_

Valida fino al \_\_\_\_\_

