**Istanza per manifestazione di interesse relativa a strutture per l'accoglienza/ospitalità in isolamento di persone positive al Covid-19**

Il sottoscritto..................................................................................................nato……………………..a ……………………il.....................................CF....................................................C.I.n.......................................................................rilasciata da ..................................................... in data ..........................., in qualità di…………………………………………...................................................................................

con la presente, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR 28. 12.2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara l’insussistenza di una o più cause di esclusione previste dall’art. 80, commi dal 1 al 4, del D. Lgs. 50/2016 testo vigente;

dichiara inoltre l'interesse a proporre:

la disponibilità della struttura e relativi servizi alberghieri, denominata………....................................................... ubicata in comune di................................................................................via……………………………..n……….per le azioni previste dall’avviso approvato con deliberazione ATS della Montagna n.\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_ **;**

Al tal fine si attesta quanto segue:

* che la suddetta struttura è in possesso dei requisiti in materia di igiene e sicurezza previsti dalla normativa vigente;
* che la struttura presenta tutti i requisiti strutturali e organizzativi/gestionali previsti dall’avviso;
* che la struttura verrà adibita ad uso esclusivo per le finalità dell’avviso;
* che la struttura è nella disponibilità del proponente in qualità

di………………………………………………..

(proprietario/Gestore)

Che la struttura possiede le seguenti caratteristiche:

**Tipologia struttura:**

* Hotel Albergo
* Residence
* Ostello
* Altro (specificare) ....................................................

**Informazioni sulla struttura:**

* Nome:
* Indirizzo:
* Proprietario:
* Gestore (se diverso dal proprietario) :
* Referente:
* Contatti:
* E-mail:
* Telefono:

**Capienza struttura:**

* Numero di camere singole o doppie ad uso singolo con bagno privato disponibili:
* Mq struttura:
* Numero di piani:
* Presenza di accessi separati per entrata e uscita
* Distribuzione di stanze per piano:

**Caratteristiche della struttura:**

**Accessibilità e impianti**

* Accessibilità ai mezzi di soccorso e accessibilità barelle;
* Numero corpi ascensore:…………………..
* Possibilità di ingresso barella nell'ascensore;
  + Numero montacarichi:……………………….
* Possibilità di ingresso barella nel montacarichi;
* Presenza sistema di videosorveglianza:
  + esterna:
  + negli spazi comuni:
  + ai piani:
* Tipologia impianto di trattamento dell’aria:………………………………………..

**Stanze**

* Dimensioni delle stanze:……………………………
* Presenza di moquette

Servizi

* TV
* Wi-fi
* Riscaldamento
* Acqua calda
* Altri servizi: ......................................................................... ..........................

**Servizi**

* Pulizia e manutenzione ordinaria da parte del gestore
* Preparazione pasti:
  + gestione diretta
  + gestione esterna (ente /azienda diversa dal titolare gestione struttura)
* Consegna giornaliera pasti (all’esterno della camera) *(in porzioni* monodose; *con piatti, bicchieri, le posate e i tovaglioli usa e getta per la consumazione esclusivamente nelle camere)*
* *pasti precotti in un box breakfast e di un box lunch e dinner;*
* pasti *preparati in locale* o eventuale previsione *di pasti speciali*

*tipo vegetariano, per celiaci, ecc.)*

**Sanificazione**

* + biancheria (e ricambio)
    - Lenzuola
    - Coperte/piumini
    - Asciugamani
  + Ambienti

**Tipologia di servizi** :

* Pulizia aree comuni
* Sanificazione aree comuni
* Altro:…………………………………………….

**Personale addetto al servizio richiesto**:

* + Responsabile amministrativo e reception n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Cuochi/camerieri/addetti pulizie n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Eventuale personale sanitario o socio-sanitario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tempi della messa a disposizione della struttura e/o gestione logistica**

* immediata disponibilità;
* Altro (indicare tempi di attivazione):

Eventuali informazioni o indicazioni integrative che si intende porre in evidenza:

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

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo n. 196 del 2003 e GDPR 2016/679, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo, data

Firma del legale rappresentante/ soggetto gestore