



CONDUZIONE UTILIZZANDO LE POTENZIALITÀ DI ACCOGLIENZA DI SPAZI PER L'INFANZIA E DELLE SCUOLE O ALTRI AMBIENTI SIMILARI (LUDOTECHE, CENTRI PER FAMIGLIE, ORATORI, ECC.)

*Il progetto stesso è redatto in coerenza alle Linee guida per la gestione in sicurezza di opportunità organizzate di socialità e gioco per bambini ed adolescenti nella fase 2 dell'emergenza COVID-19, elaborate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, d'intesa con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali; Ministero dell'istruzione; Ministero della salute; Ministro per le politiche giovanili e lo sport ; Conferenza delle Regioni e delle Province autonome; Unione province d'Italia; Associazione nazionale comuni italiani; con il Contributo scientifico Società italiana di pediatria Istituto degli Innocenti*

### SI FORNISCONO PERTANTO, LE SEGUENTI INFORMAZIONI

#### 1) CALENDARIO E ORARI

##### 1/a - Calendario di apertura del servizio

Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

(Aggiungere i vari periodi previsti, se il Servizio è discontinuo)

##### 1/b - Orario quotidiano di funzionamento

Tempo di effettiva apertura all'utenza:

giorno	Orari mattino	Orari pomeriggio	Tot ore
lunedì	dalle ore..... alle ore.....	dalle ore..... alle ore.....	n. ....
martedì	dalle ore..... alle ore.....	dalle ore..... alle ore.....	n. ....
mercoledì	dalle ore..... alle ore.....	dalle ore..... alle ore.....	n. ....

giovedì	dalle ore..... alle ore.....	dalle ore..... alle ore.....	n. ....
venerdì	dalle ore..... alle ore.....	dalle ore..... alle ore.....	n. ....
Sabato	dalle ore..... alle ore.....	dalle ore..... alle ore.....	n. ....
Domenica	dalle ore..... alle ore.....	dalle ore..... alle ore.....	n. ....

I periodi precedenti e successivi all'apertura, previsti per la predisposizione quotidiana del servizio e suo riordino dopo la conclusione delle attività programmate sono i seguenti:

- prima dell'inizio delle attività coi bambini, dalle ore .....alle ore.....,  
nei giorni.....

- dopo la conclusione delle attività coi bambini, dalle ore .....alle ore.....

nei giorni.....

(Aggiungere altri righe se necessita di ulteriore specificazione)

*NOTA BENE Laddove il servizio mattina e pomeriggio è possibile prevedere che l'utenza frequenti il servizio in modalità di part time (es o solo mattino o solo pomeriggio) ma in tal caso il personale assegnato ai gruppi che frequentano i diversi orari deve essere diverso.*

**Valutazione sezione 1. Calendario e Orari – riservato al Comune ed al Servizio Igiene**

Conformità		Eventuali Prescrizioni
<input type="checkbox"/>	Conforme	
<input type="checkbox"/>	Non Conforme	

## 2) RICETTIVITA'

Dichiaro il seguente numero ed età dei bambini e degli adolescenti che intendo accogliere, nel rispetto di un rapporto con lo spazio disponibile tale da garantire il prescritto distanziamento fisico:

fascia di età	N° massimo recettività
Da 3 a 5 anni	
Da 6 a 11 anni	
Da 12 a 17 anni	

*(indicare la recettività massima del Centro estivo distinto per fascia di età)*

**Valutazione sezione 2. Ricettività – riservato al Comune ed al Servizio Igiene**

Conformità		Eventuali Prescrizioni
<input type="checkbox"/>	Conforme	
<input type="checkbox"/>	Non Conforme	

## 3) SPAZI

- Dà immediata disponibilità all'attivazione del centro estivo nel Comune di .....presso la sede sita in via.....

e/o

- Chiede la disponibilità di n. .... Locali siti nel Comune di Fermo in via ..... di n. .... mq per la gestione del centro estivo.

**Planimetria:** al fine della valutazione degli ambienti e degli spazi utilizzati per il Servizio e della loro organizzazione funzionale, **allego** una piantina delle aree chiuse nella quale i diversi ambiti funzionali – ad esempio, accessi, aree gioco, aree servizio, ecc. – siano rappresentati in modo chiaro e quotato (con metrature), tale da costituire base di riferimento per regolare i flussi e gli spostamenti previsti, nonché per verificarne preliminarmente la corrispondenza ai richiesti requisiti di sicurezza, igiene e sanità, distanziamento fisico.

Di seguito inoltre andrà inserita descrizione tecnica dettagliata.


**Valutazione sezione 3. Spazi – riservato al Comune ed al Servizio Igiene**

<b>Conformità</b>	<b>Eventuali Prescrizioni</b>
Conforme	
Non Conforme	

**4) TIPO DI ATTIVITA'**

Fornisco la seguente descrizione dei tempi di svolgimento delle attività e il loro programma giornaliero di massima:

ORARI (dalle ore ...alle ore)	DESCRIZIONE ATTIVITA' GIORNALIERE E LORO PROGRAMMA DI MASSIMA

*(Nota Bene. Aggiungere righe quanti ne occorrono. Nella descrizione esplicitare con chiarezza le diverse situazioni e attività che si svolgono dall'inizio al termine della frequenza e individuando altresì i momenti in cui è previsto di realizzare routine di lavaggio delle mani e di igienizzazione degli spazi e materiali);*

**Valutazione sezione 4. Tipo di attività – riservato al Comune ed al Servizio Igiene**

<b>Conformità</b>	<b>Eventuali Prescrizioni</b>
Conforme	
Non Conforme	

**5) PERSONALE**

Dichiaro il seguente elenco nominativo del personale impiegato e sue qualifiche, **ivi compresa la previsione di una figura di coordinamento** educativo e organizzativo del gruppo degli operatori, Dichiaro altresì, il rispetto del prescritto rapporto numerico minimo con il numero di bambini ed adolescenti accolti:

COGNOME E NOME EDUCATORE/OPERATORE	QUALIFICA DI PROGETTO
1)	
2)	
3)	
4)	

(aggiungere righe quanti ne occorrono)

**NOTA BENE:**

- *va garantita la continuità di relazione tra gli operatori ed i piccoli gruppi di bambini ed adolescenti*
- *va garantita la formazione del personale e dei volontari impiegati sui temi della prevenzione del Covid – 19 e sul corretto uso dei DPI. A tal fine occorre inviare prima dell’inizio delle attività una relazione sull’attività di formazione realizzata a favore degli stessi.*
- *va garantita la conoscenza da parte del personale dei luoghi di svolgimento delle attività prima del loro avvio*

**Valutazione sezione 5. Personale – riservato al Comune ed al Servizio Igiene**

<b>Conformità</b>	<b>Eventuali Prescrizioni</b>
Conforme	
Non Conforme	

**6) DISABILITÀ/FRAGILITÀ**

E' prevista l'accoglienza di bambini ed adolescenti con disabilità?

SI  NO

**N. \_\_\_\_\_ POSTI PER PERSONE CON DISABILITÀ'**

Precisando che l'inserimento della persona con disabilità nel gruppo per fascia di età, comporta l'aumento di n° 1 unità (1 operatore) e pertanto occorrerà tenerne conto nell'assegnazione degli spazi.

E' prevista l'accoglienza di bambini ed adolescenti provenienti da contesti familiari caratterizzati da fragilità?

SI  NO

**N. \_\_\_\_\_ POSTI PER CONTESTI FRAGILI**

Compilare se si è barrato "SI" una o entrambe le volte:

Indico le attenzioni speciali e le specifiche modalità con le quali si realizza tale accoglienza, precisando e identificando le modalità di consultazione dei servizi socio-sanitari e/o gli eventuali accordi operativi formali, al fine di concordare le forme di individualizzazione del progetto di attività da proporre e realizzare:


Dichiaro altresì, che la dotazione di operatori nel gruppo sarà potenziato integrando dove viene accolto il bambino ed adolescente, portando il rapporto numerico a 1 operatore per 1 bambino o adolescente.

Dichiaro altresì, che il personale coinvolto sarà adeguatamente formato anche a fronte delle diverse modalità di organizzazione delle attività, tenendo anche conto delle difficoltà di mantenere il distanziamento, così come della necessità di accompagnare bambini ed adolescenti con disabilità nel comprendere il senso delle misure di precauzione.

**Valutazione sezione 6. Disabilità e Fragilità – riservato al Comune ed al Servizio Igiene**

Conformità		Eventuali Prescrizioni
<input type="checkbox"/>	Conforme	
<input type="checkbox"/>	Non Conforme	

**7) MEZZI DI TRASPORTO**

E' previsto l'utilizzo di mezzi per il trasporto dei bambini ed adolescenti?

SI     NO

Compilare se si è barrato "SI":

Indico le seguenti modalità per l'utilizzo di mezzi per il trasporto dei bambini ed adolescenti, con particolare riguardo alle modalità con cui verrà garantita l'accompagnamento a bordo da parte di figura adulta, nonché il prescritto distanziamento fisico:

**7/a** –mezzi di trasporto che si prevede di utilizzare (tipo e marca) e indicare la causale per cui si prevede di eseguire i trasporti stessi:


**7/b** –qualifica e numero operatori/accompagnatori impiegati in ciascun trasporto, che viaggeranno a bordo dei mezzi con i bambini e/o adolescenti:


**7/c** –modalità messe in campo a bordo dei mezzi e durante il trasporto dei minori, per realizzare il distanziamento fisico:


**Valutazione sezione 7. Mezzi di Trasporto – riservato al Comune ed al Servizio Igiene**

Conformità		Eventuali Prescrizioni
<input type="checkbox"/>	Conforme	
<input type="checkbox"/>	Non Conforme	

**8) SALUTE DEL PERSONALE**

Dichiara che per il personale impiegato nel servizio si adotterà con cadenza quotidiana il Triage nelle modalità indicate nella DGR Marche n° 600/2020 prendendo atto che tale modalità sarà

trasmessa, a cura del Comune ricevente l'istanza, al Servizio Igiene e Sanità dell'ASUR AV4, ai fini della validazione.


**Valutazione sezione 8. Salute del Personale – riservato al Comune ed al Servizio Igiene**

Conformità		Eventuali Prescrizioni
<input type="checkbox"/>	Conforme	
<input type="checkbox"/>	Non Conforme	

**9) BAMBINI ACCOLTI E LORO SALUTE**

**9/a** - dopo l'approvazione del progetto da parte del comune ci impegniamo a trasmettere entro il termine di 5 gg lavorativi antecedenti l'avvio del servizio:

- la lista nominativa dei bambini/adolescenti le cui famiglie hanno aderito alle attività  
Indicando per gli stessi

COGNOME E NOME DEL MINORE	DATA DI NASCITA	INDIRIZZO
---------------------------	-----------------	-----------

- la composizione dei gruppi (Educatore /Operatore – Bambini assegnati al gruppo )

**9/b – verifica loro condizioni di salute**

Dichiara che per i bambini iscritti al servizio, al momento dell'accoglienza, si adotterà con cadenza quotidiana il Triage prendendo atto che tale modalità sarà trasmessa, a cura del Comune ricevente l'istanza, al Servizio Igiene e Sanità dell'ASUR AV4, ai fini della validazione.


**Valutazione sezione 9. Bambini accolti e loro salute – riservato al Comune ed al Servizio Igiene**

Conformità		Eventuali Prescrizioni
<input type="checkbox"/>	Conforme	
<input type="checkbox"/>	Non Conforme	

**10) IGIENE E MANUTENZIONE**

**10/a – ambienti e spazi**

Dichiaro che le prescrizioni igieniche inerenti alla manutenzione ordinaria dello spazio saranno eseguite come segue:


### 10/b - arredi e attrezzature

Dichiaro che è disposto il controllo quotidiano dello stato dei diversi arredi e attrezzature in esso presenti, e dichiaro che la loro pulizia approfondita periodica avverrà a cadenza:


#### Valutazione sezione 10. Bambini accolti e loro salute – riservato al Comune ed al Servizio Igiene

Conformità	Eventuali Prescrizioni
Conforme	
Non Conforme	

### 11) ACCESSI ALL'AREA DI PROGETTO

Si prevedono le seguenti modalità di regolamentazione degli accessi di genitori e/o altri abilitati, mediante verifica quotidiana delle condizioni di salute delle persone che accedono all'area e del regolare utilizzo delle mascherine:


#### Valutazione sezione 11. Accessi all'area di progetto – riservato al Comune ed al Servizio Igiene

Conformità	Eventuali Prescrizioni
Conforme	
Non Conforme	

### 12) PASTI

E' prevista la somministrazione quotidiana di pasti ed alimenti?

SI  NO

**Se si**

La cucina è interna alla struttura

SI  NO

Se i pasti sono forniti dall'esterno, specificare chi e come li fornisce


Descrivere le misure di igiene e sicurezza in Covid-19, adottate inerentemente alla preparazione e/o somministrazione di pasti ed alimenti:



**Valutazione sezione 12. Pasti – riservato al Comune ed al Servizio Igiene**

<b>Conformità</b>		<b>Eventuali Prescrizioni</b>
<input type="checkbox"/>	<i>Conforme</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>Non Conforme</i>	

**Allegati alla domanda**, a pena di esclusione

- 1) Documento di identità del soggetto dichiarante, in corso di validità
- 2) Planimetria datata e quotata dei locali in cui si prevede di svolgere le attività

\_\_\_\_\_ , lì \_\_\_\_\_

FIRMA  
In fede

\_\_\_\_\_

**Firma a cura dei Soggetti Valutatori**

Per il Comune

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Per il Servizio Igiene e Sanità Pubblica ASUR Area Vasta 4

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_