

## SCHEDA 1 - ASILO NIDO

- Denominazione dell'Unità di Offerta Sociale

\_\_\_\_\_

- Sede

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

- Codice struttura assegnato nel gestionale AFAM \_\_\_\_\_

*(informazione reperibile presso l'Ufficio di Piano qualora non conosciuto)*

- Denominazione Ente gestore \_\_\_\_\_

- Tipologia di gestione

diretta

appalto/convenzione

- Data di inizio dell'attività \_\_\_\_\_

- Unità di offerta sociale

In regolare esercizio con autorizzazione al funzionamento

In regolare esercizio a seguito di presentazione CPE

Accreditata

- Numero settimane annue di apertura \_\_\_\_\_

- Numero ore di apertura giornaliera \_\_\_\_\_

- Capienza strutturale (n. posti in esercizio, compreso fra 11 e 60) \_\_\_\_\_

- Numero totale iscritti (indicare il numero utenti a cui è stata accettata la domanda di iscrizione al 31/12 dell'anno di rendicontazione) \_\_\_\_\_

- Di cui disabili \_\_\_\_\_

• Numero iscritti in Lista d'attesa al 31/12/2018 \_\_\_\_\_

• Numero totale frequentanti nell'anno 2018 come risultante dai diari di presenza:

Gennaio \_\_\_\_\_  Febbraio \_\_\_\_\_

Marzo \_\_\_\_\_  Aprile \_\_\_\_\_

Maggio \_\_\_\_\_  Giugno \_\_\_\_\_

Luglio \_\_\_\_\_  Agosto \_\_\_\_\_

Settembre \_\_\_\_\_  Ottobre \_\_\_\_\_

Novembre \_\_\_\_\_  Dicembre \_\_\_\_\_

• (Per Nidi aziendali):

- numero dei bambini provenienti dal territorio \_\_\_\_\_

- numero bambini figli di dipendenti dell'azienda \_\_\_\_\_

• Operatori socio-educativi. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

- numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_

• Personale addetto ai servizi (es. pulizia e mensa). Indicare

- numero unità \_\_\_\_\_

- numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_

• Volontari. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

**Costo complessivo del servizio - anno 2018**

Personale socio-educativo	
Altro personale (es: ausiliario e/o di cucina)	
Spese generali annue (es. utenze, canoni, fornitura pasti, materiali di consumo, manutenzione ordinaria – non devono essere inseriti costi relativi a manutenzioni straordinarie)	
Altre tipologie di costo non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

**Entrate complessive – anno 2018**

Totale introito rette da utenza (compresi eventuali buoni pasto)	
Finanziamento da Comune ed eventuali altri Enti Pubblici	
Altre tipologie di entrata	
Fondo Sociale Regionale	
Fondo Nazionale Politiche Sociali	
Legge Regionale n°23/99	
Altre fonti di finanziamento non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

## SCHEDA 2 - MICRO- NIDO

- Denominazione dell'Unità di Offerta Sociale

\_\_\_\_\_

- Sede

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

- Codice struttura assegnato nel gestionale AFAM \_\_\_\_\_

*(informazione reperibile presso l'Ufficio di Piano qualora non conosciuto)*

- Denominazione Ente gestore \_\_\_\_\_

- Tipologia di gestione

diretta

appalto/convenzione

- Data di inizio dell'attività \_\_\_\_\_

- Unità di offerta sociale

In regolare esercizio con autorizzazione al funzionamento

In regolare esercizio a seguito di presentazione CPE

Accreditata

- Numero settimane annue di apertura \_\_\_\_\_

- Numero ore di apertura giornaliera \_\_\_\_\_

- Capienza strutturale (n. posti in esercizio, compreso fra 1 e 10) \_\_\_\_\_

- Numero totale iscritti (indicare il numero utenti a cui è stata accettata la domanda di iscrizione al 31/12 dell'anno di rendicontazione) \_\_\_\_\_

- Di cui disabili \_\_\_\_\_

• Numero iscritti in Lista d'attesa al 31/12/2018 \_\_\_\_\_

• Numero totale frequentanti nell'anno 2018 come risultante dai diari di presenza:

Gennaio \_\_\_\_\_  Febbraio \_\_\_\_\_

Marzo \_\_\_\_\_  Aprile \_\_\_\_\_

Maggio \_\_\_\_\_  Giugno \_\_\_\_\_

Luglio \_\_\_\_\_  Agosto \_\_\_\_\_

Settembre \_\_\_\_\_  Ottobre \_\_\_\_\_

Novembre \_\_\_\_\_  Dicembre \_\_\_\_\_

• (Per Nidi aziendali):

- numero dei bambini provenienti dal territorio \_\_\_\_\_

- numero bambini figli di dipendenti dell'azienda \_\_\_\_\_

• Operatori socio-educativi. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

- numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_

• Personale addetto ai servizi (es. pulizia e mensa). Indicare

- numero unità \_\_\_\_\_

- numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_

• Volontari. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

**Costo complessivo del servizio - anno 2018**

Personale socio-educativo	
Altro personale (es: ausiliario e/o di cucina)	
Spese generali annue (es. utenze, canoni, fornitura pasti, materiali di consumo, manutenzione ordinaria – non devono essere inseriti costi relativi a manutenzioni straordinarie)	
Altre tipologie di costo non riassumibili con le precedenti	
<b>TOTALE</b>	

**Entrate complessive – anno 2018**

Totale introito rette da utenza (compresi eventuali buoni pasto)	
Finanziamento da Comune ed eventuali altri Enti Pubblici	
Altre tipologie di entrata	
Fondo Sociale Regionale	
Fondo Nazionale Politiche Sociali	
Legge Regionale n°23/99	
Altre fonti di finanziamento non riassumibili con le precedenti	
<b>TOTALE</b>	

### **SCHEDA 3 - NIDO FAMIGLIA**

- Denominazione dell'Unità di Offerta Sociale

\_\_\_\_\_

- Sede

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

- Codice struttura assegnato nel gestionale AFAM \_\_\_\_\_

*(informazione reperibile presso l'Ufficio di Piano qualora non conosciuto)*

- Tipologia di gestione:

Diretta

Appalto/convenzione

- Ubicazione della struttura

abitazione di residenza di famiglia associata,

appartamento in uso a una delle famiglie in comodato o affitto,

spazio con requisiti di civile abitazione in affitto, proprietà o comodato a una delle famiglie

- Denominazione Associazione \_\_\_\_\_

- Tipologia Associazione

associazione famiglie utenti

associazione solidarietà familiare iscritta nel registro regionale

- Data di inizio dell'attività \_\_\_\_\_

- Unità di offerta sociale

In regolare esercizio con autorizzazione al funzionamento

In regolare esercizio a seguito di presentazione CPE

Accreditata

- Numero ore di apertura giornaliera \_\_\_\_\_
- Numero settimane annue di apertura \_\_\_\_\_
- Capienza strutturale (n. posti in esercizio, compreso fra 1 e 5) \_\_\_\_\_
- Numero totale iscritti (indicare il numero utenti a cui è stata accettata la domanda di iscrizione al 31/12 dell'anno di rendicontazione) \_\_\_\_\_
  - Di cui disabili \_\_\_\_\_
- Operatori socio-educativi. Indicare:
  - numero unità \_\_\_\_\_
  - numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_
- Personale addetto ai servizi (es. pulizia e mensa). Indicare
  - numero unità \_\_\_\_\_
  - numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_
- Volontari. Indicare:
  - numero unità \_\_\_\_\_

**Costo complessivo del servizio - anno 2018**

Personale socio-educativo	
Altro personale (es: ausiliario e/o di cucina)	
Spese generali annue (es. utenze, canoni, fornitura pasti, materiali di consumo, manutenzione ordinaria – non devono essere inseriti costi relativi a manutenzioni straordinarie)	
Altre tipologie di costo non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

**Entrate complessive – anno 2018**

Totale introito rette da utenza (compresi eventuali buoni pasto)	
Finanziamento da Comune ed eventuali altri Enti Pubblici	
Altre tipologie di entrata	
Fondo Sociale Regionale	
Fondo Nazionale Politiche Sociali	
Legge Regionale n°23/99	
Altre fonti di finanziamento non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

## SCHEDA 4 - CENTRO PRIMA INFANZIA

- Denominazione dell'Unità di Offerta Sociale

\_\_\_\_\_

- Sede

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

- Codice struttura assegnato nel gestionale AFAM \_\_\_\_\_

*(informazione reperibile presso l'Ufficio di Piano qualora non conosciuto)*

- Denominazione Ente gestore \_\_\_\_\_

- Tipologia di gestione

diretta

appalto/convenzione

- Data di inizio dell'attività \_\_\_\_\_

- Unità di offerta sociale

In regolare esercizio con autorizzazione al funzionamento

In regolare esercizio a seguito di presentazione CPE

Accreditata

- Numero ore apertura giornaliera \_\_\_\_\_

- Numero settimane annue di apertura \_\_\_\_\_

- Capienza strutturale (n. posti in esercizio, compreso fra 1 e 30) \_\_\_\_\_

- Numero totale iscritti (indicare il numero utenti a cui è stata accettata la domanda di iscrizione al 31/12 dell'anno di rendicontazione) \_\_\_\_\_

- Di cui disabili \_\_\_\_\_

- Numero medio frequentanti al giorno (come rilevabile dal diario di presenza) \_\_\_\_\_
- Numero iscritti in Lista d'attesa al 31/12/2018 \_\_\_\_\_
- Operatori socio-educativi. Indicare:
  - numero unità \_\_\_\_\_
  - numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_
- Personale addetto ai servizi (es. pulizia e mensa). Indicare
  - numero unità \_\_\_\_\_
  - numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_
- Volontari. Indicare:
  - numero unità \_\_\_\_\_

#### **Costo complessivo del servizio - anno 2018**

Personale socio-educativo	
Personale ausiliario e/o di cucina	
Spese generali annue (es. utenze, canoni, fornitura pasti, materiali di consumo, manutenzione ordinaria – non devono essere inseriti costi relativi a manutenzioni straordinarie)	
Altre tipologie di costo non riassumibili con le precedenti	
<b>TOTALE</b>	

#### **Entrate complessive – anno 2018**

Totale introito rette da utenza (compresi eventuali buoni pasto)	
Finanziamento da Comune ed eventuali altri Enti Pubblici	
Altre tipologie di entrata	
Fondo Sociale Regionale	
Fondo Nazionale Politiche Sociali	
Legge Regionale n°23/99	
Altre fonti di finanziamento non riassumibili con le precedenti	
<b>TOTALE</b>	

## **SCHEDA 5 - CENTRO RICREATIVO DIURNO PER MINORI**

- Denominazione dell'Unità di Offerta Sociale

\_\_\_\_\_

- Sede

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

- Codice struttura assegnato nel gestionale AFAM \_\_\_\_\_

*(informazione reperibile presso l'Ufficio di Piano qualora non conosciuto)*

- Denominazione Ente gestore \_\_\_\_\_

- Tipologia di gestione

diretta

appalto/convenzione

- Data di inizio dell'attività \_\_\_\_\_

- Unità di offerta sociale

In regolare esercizio con autorizzazione al funzionamento

In regolare esercizio a seguito di presentazione CPE

- Servizio mensa (Indicare se presente) \_\_\_\_\_

- Numero ore di apertura giornaliera (se non fisso indicare il numero medio) \_\_\_\_\_

- Numero settimane annue di apertura \_\_\_\_\_

- Capienza strutturale (n. posti in esercizio) \_\_\_\_\_

- Numero totale iscritti (indicare il numero utenti a cui è stata accettata la domanda di iscrizione al 31/12 dell'anno di rendicontazione) \_\_\_\_\_

- Di cui disabili \_\_\_\_\_

- Operatori socio-educativi. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

- numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_

- Volontari. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

### Costo complessivo del servizio - anno 2018

Personale socio-educativo	
Altro personale	
Spese generali annue (es. utenze, canoni, fornitura pasti, materiali di consumo, manutenzione ordinaria – non devono essere inseriti costi relativi a manutenzioni straordinarie)	
Altre tipologie di costo non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

### Entrate complessive – anno 2018

Totale introito rette da utenza (compresi eventuali buoni pasto)	
Finanziamento da Comune ed eventuali altri Enti Pubblici	
Altre tipologie di entrata	
Fondo Sociale Regionale	
Fondo Nazionale Politiche Sociali	
Altre fonti di finanziamento non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

## **SCHEDA 6 - CENTRO DI AGGREGAZIONE GIOVANILE**

- Denominazione dell'Unità di Offerta Sociale

\_\_\_\_\_

- Sede

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

- Codice struttura assegnato nel gestionale AFAM \_\_\_\_\_

*(informazione reperibile presso l'Ufficio di Piano qualora non conosciuto)*

- Denominazione Ente gestore \_\_\_\_\_

- Tipologia di gestione

diretta

appalto/convenzione

- Data di inizio dell'attività \_\_\_\_\_

- Unità di offerta sociale

In regolare esercizio con autorizzazione al funzionamento

In regolare esercizio a seguito di presentazione CPE

- Numero ore di apertura giornaliera \_\_\_\_\_

- Numero settimane annue di apertura \_\_\_\_\_

- Capienza strutturale (n. posti in esercizio) \_\_\_\_\_

- Numero totale iscritti (indicare il numero utenti a cui è stata accettata la domanda di iscrizione al 31/12 dell'anno di rendicontazione) \_\_\_\_\_

- Di cui disabili \_\_\_\_\_

- Operatori socio-educativi. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

- numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_

- Volontari. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

### Costo complessivo del servizio - anno 2018

Personale socio-educativo	
Altro personale (diverso dal precedente)	
Spese generali annue (es. utenze, canoni, manutenzione ordinaria – non devono essere inseriti costi relativi a manutenzioni straordinarie)	
Altre tipologie di costo non riassumibili con le precedenti	
<b>TOTALE</b>	

### Entrate complessive – anno 2018

Totale introito rette da utenza	
Finanziamento da Comune ed eventuali altri Enti Pubblici	
Altre tipologie di entrata	
Fondo Sociale Regionale	
Fondo Nazionale Politiche Sociali	
Altre fonti di finanziamento non riassumibili con le precedenti	
<b>TOTALE</b>	

## SCHEDA 7 - COMUNITÀ EDUCATIVA PER MINORI

- Denominazione dell'Unità di Offerta Sociale

\_\_\_\_\_

- Sede

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

- Codice struttura assegnato nel gestionale AFAM \_\_\_\_\_

*(informazione reperibile presso l'Ufficio di Piano qualora non conosciuto)*

- Denominazione Ente gestore \_\_\_\_\_

- Tipologia di gestione

diretta

appalto/convenzione

- Data di inizio dell'attività \_\_\_\_\_

- Capienza strutturale (n. posti in esercizio, compreso fra 1 e 10) \_\_\_\_\_

- Numero posti riservati per pronto intervento (il totale potrebbe anche corrispondere al totale dei posti autorizzati) \_\_\_\_\_

- Numero posti riservati per mamma/bambino (il totale potrebbe anche corrispondere al totale dei posti autorizzati) \_\_\_\_\_

- Numero utenti in Lista d'attesa al 31/12/2018 \_\_\_\_\_

- Numero totale utenti (indicare il numero utenti presenti al 31/12 dell'anno di rendicontazione) \_\_\_\_\_

- Di cui disabili \_\_\_\_\_

- Numero domande pervenute e non soddisfatte per mancanza di posti nel corso dell'anno di rendicontazione \_\_\_\_\_

- Numero totale utenti \_\_\_\_\_
  - di cui maschi \_\_\_\_\_
  - di cui femmine \_\_\_\_\_
  
- Numero utenti di età compresa tra i 0 e i 5 anni \_\_\_\_\_
- Numero utenti di età compresa tra i 6 e i 10 anni \_\_\_\_\_
- Numero utenti di età compresa tra i 11 e i 13 anni \_\_\_\_\_
- Numero utenti di età compresa tra i 14 e i 18 anni \_\_\_\_\_
- Numero utenti di età compresa tra i 19 e i 21 anni \_\_\_\_\_
  
- Numero giornate fruite dagli utenti nell'anno di rendicontazione \_\_\_\_\_
  
- Operatori socio-educativi. Indicare:
  - numero unità \_\_\_\_\_
  - numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_
  
- Volontari. Indicare:
  - numero unità \_\_\_\_\_

**Costo complessivo del servizio - anno 2018**

Personale socio-educativo	
Altro personale (diverso dal precedente)	
Spese generali annue (es. utenze, canoni, manutenzione ordinaria – non devono essere inseriti costi relativi a manutenzioni straordinarie)	
Altre tipologie di costo non riassumibili con le precedenti	
<b>TOTALE</b>	

**Entrate complessive – anno 2018**

Totale introito rette da utenza	
Finanziamento da Comune ed eventuali altri Enti Pubblici	
Altre tipologie d'entrata	
Fondo Sociale Regionale	
Fondo Nazionale Politiche Sociali	
Altre fonti di finanziamento non riassumibili con le precedenti	
<b>TOTALE</b>	

## SCHEDA 8 - COMUNITÀ FAMILIARE

- Denominazione dell'Unità di Offerta Sociale

\_\_\_\_\_

- Sede

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

- Codice struttura assegnato nel gestionale AFAM \_\_\_\_\_

*(informazione reperibile presso l'Ufficio di Piano qualora non conosciuto)*

- Denominazione Ente gestore \_\_\_\_\_

- Tipologia di comunità familiare

singola

associazione di famiglie o rete familiare

- Data di inizio dell'attività \_\_\_\_\_

- Capienza strutturale (n. posti in esercizio, compreso fra 1 e 6) \_\_\_\_\_

- Numero posti riservati per mamma/bambino (il totale potrebbe anche corrispondere al totale dei posti autorizzati) \_\_\_\_\_

- Numero utenti in Lista d'attesa al 31/12/2018 \_\_\_\_\_

- Numero totale utenti (indicare il numero utenti presenti al 31/12 dell'anno di rendicontazione) \_\_\_\_\_

- Di cui disabili \_\_\_\_\_

- Numero posti riservati per pronto intervento (il totale potrebbe anche corrispondere al totale dei posti autorizzati) \_\_\_\_\_

- Numero domande pervenute e non soddisfatte per mancanza di posti nel corso dell'anno di rendicontazione \_\_\_\_\_

- Numero totale utenti \_\_\_\_\_
  - di cui maschi \_\_\_\_\_
  - di cui femmine \_\_\_\_\_
  
- Numero utenti di età compresa tra i 0 e i 5 anni \_\_\_\_\_
- Numero utenti di età compresa tra i 6 e i 10 anni \_\_\_\_\_
- Numero utenti di età compresa tra i 11 e i 13 anni \_\_\_\_\_
- Numero utenti di età compresa tra i 14 e i 18 anni \_\_\_\_\_
- Numero utenti di età compresa tra i 19 e i 21 anni \_\_\_\_\_
  
- Numero giornate fruite dagli utenti nell'anno di rendicontazione \_\_\_\_\_
  
- Operatori socio-educativi. Indicare:
  - numero unità \_\_\_\_\_
  - numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_
  
- Volontari. Indicare:
  - numero unità \_\_\_\_\_

**Costo complessivo del servizio - anno 2018**

Personale socio-educativo	
Altro personale (diverso dal precedente)	
Spese generali annue (es. utenze, canoni, manutenzione ordinaria – non devono essere inseriti costi relativi a manutenzioni straordinarie)	
Altre tipologie di costo non riassumibili con le precedenti	
<b>TOTALE</b>	

**Entrate complessive – anno 2018**

Totale introito rette da utenza	
Finanziamento da Comune ed eventuali altri Enti Pubblici	
Altre tipologie d'entrata	
Fondo Sociale Regionale	
Fondo Nazionale Politiche Sociali	
Altre fonti di finanziamento non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

## SCHEDA 9 - ALLOGGIO ALLA AUTONOMIA

- Denominazione dell'Unità di Offerta Sociale

\_\_\_\_\_

- Sede

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

- Codice struttura assegnato nel gestionale AFAM \_\_\_\_\_

*(informazione reperibile presso l'Ufficio di Piano qualora non conosciuto)*

- Denominazione Ente gestore \_\_\_\_\_

- Data di inizio dell'attività \_\_\_\_\_

- Capienza strutturale (n. posti in esercizio, compreso fra 1 e 5) \_\_\_\_\_

- Numero posti riservati per mamma/bambino (il totale potrebbe anche corrispondere al totale dei posti autorizzati) \_\_\_\_\_

- Numero utenti in Lista d'attesa al 31/12/2018 \_\_\_\_\_

- Numero totale utenti (indicare il numero utenti presenti al 31/12 dell'anno di rendicontazione) \_\_\_\_\_

- Di cui disabili \_\_\_\_\_

- Operatori socio-educativi. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

- numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_

- Volontari. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

**Costo complessivo del servizio - anno 2018**

Personale socio-educativo	
Altro personale (diverso dal precedente)	
Spese generali annue (es. utenze, canoni, manutenzione ordinaria – non devono essere inseriti costi relativi a manutenzioni straordinarie)	
Altre tipologie di costo non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

**Entrate complessive – anno 2018**

Totale introito rette da utenza	
Finanziamento da Comune ed eventuali altri Enti Pubblici	
Altre tipologie d'entrata	
Fondo Sociale Regionale	
Fondo Nazionale Politiche Sociali	
Altre fonti di finanziamento non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

**SCHEDA 10 - COMUNITÀ ALLOGGIO PER DISABILI E**  
**CENTRO DI PRONTO INTERVENTO PER DISABILI**

- Denominazione dell'Unità di Offerta Sociale

\_\_\_\_\_

- Sede

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

- Codice struttura assegnato nel gestionale AFAM \_\_\_\_\_

*(informazione reperibile presso l'Ufficio di Piano qualora non conosciuto)*

- Denominazione Ente gestore \_\_\_\_\_

- Tipologia di gestione

diretta

appalto/convenzione

- Data di inizio dell'attività \_\_\_\_\_

- Capienza strutturale (n. posti in esercizio, compreso fra 1 e 10) \_\_\_\_\_

- Numero utenti in Lista d'attesa al 31/12/2018 \_\_\_\_\_

- Numero totale utenti (indicare il numero utenti presenti al 31/12 dell'anno di rendicontazione) \_\_\_\_\_

- Operatori socio-educativi. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

- numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_

- Volontari. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

**Costo complessivo del servizio - anno 2018**

Personale socio-educativo	
Altro personale (diverso dal precedente)	
Spese generali annue (es. utenze, canoni, manutenzione ordinaria – non devono essere inseriti costi relativi a manutenzioni straordinarie)	
Altre tipologie di costo non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

**Entrate complessive – anno 2018**

Totale introito rette da utenza	
Finanziamento da Comune ed eventuali altri Enti Pubblici	
Altre tipologie d'entrata	
Fondo Sociale Regionale	
Fondo Nazionale Politiche Sociali	
Altre fonti di finanziamento non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

## SCHEDA 11 - CENTRO SOCIO-EDUCATIVO

- Denominazione dell'Unità di Offerta Sociale

\_\_\_\_\_

- Sede

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

- Codice struttura assegnato nel gestionale AFAM \_\_\_\_\_

*(informazione reperibile presso l'Ufficio di Piano qualora non conosciuto)*

- Denominazione Ente gestore \_\_\_\_\_

- Servizio mensa (Indicare se presente) \_\_\_\_\_

- Numero settimane annue di apertura \_\_\_\_\_

- Numero ore di apertura giornaliera \_\_\_\_\_

- Capienza strutturale (n. posti in esercizio, compreso fra 1 e 30) \_\_\_\_\_

- Numero utenti in Lista d'attesa al 31/12/2018 \_\_\_\_\_

- Numero totale utenti (indicare il numero utenti presenti al 31/12 dell'anno di rendicontazione) \_\_\_\_\_

- Utenti residenti nell'Ambito territoriale di Certosa di Pavia (indicare nominativo e comune di residenza)

1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____
4	_____	_____
5	_____	_____
6	_____	_____
7	_____	_____
8	_____	_____
9	_____	_____
10	_____	_____

- Operatori socio-educativi. Indicare:
  - numero unità \_\_\_\_\_
  - numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_
  
- Volontari. Indicare:
  - numero unità \_\_\_\_\_

**Costo complessivo del servizio - anno 2018**

Personale socio-educativo	
Altro personale (diverso dal precedente)	
Spese generali annue (es. utenze, canoni, manutenzione ordinaria – non devono essere inseriti costi relativi a manutenzioni straordinarie)	
Altre tipologie di costo non riassumibili con le precedenti	
<b>TOTALE</b>	

**Entrate complessive – anno 2018**

Totale introito rette da utenza	
Finanziamento da Comune ed eventuali altri Enti Pubblici	
Altre tipologie d'entrata	
Fondo Sociale Regionale	
Fondo Nazionale Politiche Sociali	
Altre fonti di finanziamento non riassumibili con le precedenti	
<b>TOTALE</b>	

## **SCHEDA 12 - SERVIZIO DI FORMAZIONE ALLA AUTONOMIA**

- Servizio sperimentale SFA Minori
  - Si
  - No
  
- Denominazione dell'Unità di Offerta Sociale  
\_\_\_\_\_
  
- Sede  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_
  
- Codice struttura assegnato nel gestionale AFAM \_\_\_\_\_  
*(informazione reperibile presso l'Ufficio di Piano qualora non conosciuto)*
  
- Denominazione Ente gestore \_\_\_\_\_
  
- Data di inizio dell'attività \_\_\_\_\_
  
- Capienza strutturale \_\_\_\_\_
  
- Numero posti in esercizio \_\_\_\_\_
  
- Capacità ricettiva (n° Progetti Individualizzati contemporaneamente attivi. Dovrebbe essere fra 1 e 35) \_\_\_\_\_
  
- Numero totale utenti (indicare il numero utenti presenti al 31/12 dell'anno di rendicontazione) \_\_\_\_\_
  
- Operatori socio-educativi. Indicare:
  - numero unità \_\_\_\_\_
  - numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_
  
- Volontari. Indicare:
  - numero unità \_\_\_\_\_

**Costo complessivo del servizio - anno 2018**

Personale socio-educativo	
Altro personale (diverso dal precedente)	
Spese generali annue (es. utenze, canoni, manutenzione ordinaria – non devono essere inseriti costi relativi a manutenzioni straordinarie)	
Altre tipologie di costo non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

**Entrate complessive – anno 2018**

Totale introito rette da utenza	
Finanziamento da Comune ed eventuali altri Enti Pubblici	
Altre tipologie d'entrata	
Fondo Sociale Regionale	
Fondo Nazionale Politiche Sociali	
Altre fonti di finanziamento non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

### **SCHEDA 13 - ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI**

- Denominazione dell'Unità di Offerta Sociale

\_\_\_\_\_

- Sede

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

- Codice struttura assegnato nel gestionale AFAM \_\_\_\_\_

*(informazione reperibile presso l'Ufficio di Piano qualora non conosciuto)*

- Denominazione Ente gestore \_\_\_\_\_

- Data di inizio dell'attività \_\_\_\_\_

- Numero alloggi \_\_\_\_\_

- Servizio mensa (Indicare se presente) \_\_\_\_\_

- Capienza strutturale (n° posti, capacità ricettiva complessiva) \_\_\_\_\_

- Numero utenti in Lista d'attesa al 31/12/2018 \_\_\_\_\_

- Numero totale utenti (indicare il numero utenti presenti al 31/12 dell'anno di rendicontazione) \_\_\_\_\_

- Operatori socio-educativi. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

- numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_

- Volontari. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

**Costo complessivo del servizio - anno 2018**

Personale socio-educativo	
Altro personale (diverso dal precedente)	
Spese generali annue (es. utenze, canoni, manutenzione ordinaria – non devono essere inseriti costi relativi a manutenzioni straordinarie)	
Altre tipologie di costo non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

**Entrate complessive – anno 2018**

Totale introito rette da utenza	
Finanziamento da Comune ed eventuali altri Enti Pubblici	
Altre tipologie d'entrata	
Fondo Sociale Regionale	
Fondo Nazionale Politiche Sociali	
Altre fonti di finanziamento non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

## **SCHEDA 14 – CENTRO DIURNO PER ANZIANI**

- Denominazione della Struttura sede dell'Unità di Offerta Sociale

\_\_\_\_\_

- Sede

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

- Codice struttura assegnato nel gestionale AFAM \_\_\_\_\_

*(informazione reperibile presso l'Ufficio di Piano qualora non conosciuto)*

- Denominazione Ente gestore \_\_\_\_\_

- Data di inizio dell'attività \_\_\_\_\_

- Servizio mensa (Indicare se presente) \_\_\_\_\_

- Numero ore di apertura giornaliera \_\_\_\_\_

- Numero settimane di apertura annua \_\_\_\_\_

- Capienza strutturale (n° posti in esercizio) \_\_\_\_\_

- Numero totale utenti (indicare il numero utenti presenti al 31/12 dell'anno di rendicontazione) \_\_\_\_\_

di cui disabili \_\_\_\_\_

- Operatori socio-educativi. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

- numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_

- Volontari. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

**Costo complessivo del servizio - anno 2018**

Personale socio-educativo	
Altro personale (diverso dal precedente)	
Spese generali annue (es. utenze, canoni, manutenzione ordinaria – non devono essere inseriti costi relativi a manutenzioni straordinarie)	
Altre tipologie di costo non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

**Entrate complessive – anno 2018**

Totale introito rette da utenza	
Finanziamento da Comune ed eventuali altri Enti Pubblici	
Altre tipologie d'entrata	
Fondo Sociale Regionale	
Fondo Nazionale Politiche Sociali	
Altre fonti di finanziamento non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

## **SCHEDA 15 – COMUNITA' ALLOGGIO SOCIALE ANZIANI (C.A.S.A.)**

- Denominazione dell'Unità di Offerta Sociale

\_\_\_\_\_

- Sede

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

- Codice struttura assegnato nel gestionale AFAM \_\_\_\_\_

*(informazione reperibile presso l'Ufficio di Piano qualora non conosciuto)*

- Denominazione Ente gestore \_\_\_\_\_

- Data di inizio dell'attività \_\_\_\_\_

- Capienza strutturale (n° posti, capacità ricettiva complessiva) \_\_\_\_\_

- Numero utenti in Lista d'attesa al 31/12/2018 \_\_\_\_\_

- Numero totale utenti (indicare il numero utenti presenti al 31/12 dell'anno di rendicontazione) \_\_\_\_\_

- Operatori socio-educativi. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

- numero ore annue effettuate \_\_\_\_\_

- Volontari. Indicare:

- numero unità \_\_\_\_\_

**Costo complessivo del servizio - anno 2018**

Personale socio-educativo	
Altro personale (diverso dal precedente)	
Spese generali annue (es. utenze, canoni, manutenzione ordinaria – non devono essere inseriti costi relativi a manutenzioni straordinarie)	
Altre tipologie di costo non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	

**Entrate complessive – anno 2018**

Totale introito rette da utenza	
Finanziamento da Comune ed eventuali altri Enti Pubblici	
Altre tipologie d'entrata	
Fondo Sociale Regionale	
Fondo Nazionale Politiche Sociali	
Altre fonti di finanziamento non riassumibili con le precedenti	
TOTALE	