



**3) AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO**

3.1 L'ente gestore è in possesso di autorizzazione al funzionamento?

SI  NO

se si indicare estremi dell'autorizzazione \_\_\_\_\_

3.2 L'Ente gestore ha inoltrato comunicazione di inizio attività ai sensi della L.R.3/2008?

SI  NO

se si indicare la data di invio della comunicazione \_\_\_\_\_

3.3 Data dell'ultima visita di Vigilanza dell'ASL \_\_\_\_\_

N° posti accreditati

**4) CAPACITA' OPERATIVA**

4.1 Capienza strutturale posti (1) N.

(come da autorizzazione al funzionamento qualora rilasciata)

4.2 Capienza gestionale N.

(utenti assistibili in rapporto alla dotazione di personale)

4.3 Settimane di funzionamento nell'anno N.

4.4 Ore di apertura giornaliera N.

**5) SERVIZI**

5.1 L'Unità d'offerta ha elaborato la carta dei Servizi? SI  NO

5.2 sono previsti:

Uscite plurisettimanali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Gite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Vacanze	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Terapie fisiche/fisioterapiche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
terapie occupazionali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
riabilitazione cognitiva	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
animazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
attività multimediali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Altro _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

NOTA: (1) Va indicata la ricettività potenziale della struttura (non il numero degli utenti iscritti o presenti) come risultante dal provvedimento relativo all'autorizzazione al funzionamento o alla comunicazione di inizio attività inoltrata dall'Ente Gestore .

(Ogni numero progressivo corrisponde ad un utente)

(1) Evidenziare con il simbolo \* utenti con sindrome autistica, con il simbolo ° utenti con esiti da trauma

N.	nominativo	comune di residenza	Tipologia di ogni utente					Sesso		Età					Giornate fruito nell'anno di rendic.	Residenza			
			Disabilità motoria/fisica	Disabilità intellettiva	Disabilità sensoriale	Disabilità plurima	Altro (specificare)	MASCHIO	FEMMINA	<17	18 /29	30 /49	50 /64	>65		Fuori ASL	Famiglia	Comunità alloggio	Altra Residenzialità.
	tot																		

## RIEPILOGO DEL PERSONALE

FIGURE PROFESSIONALI	ORE ANNUE				
	DIPENDENTI	CONVENZIONATI	LIBERI PROF.	VOLONTARI	in Servizio civile/tirocinio
RESPONSABILE					
ASSISTENTI SOCIALI					
PERSONALE EDUCATIVO					
A.S.A./OSS					
PERSONALE SANITARIO					
ALTRO PERSONALE					
<b>TOTALE</b>					

**Nota (1)** Riportare il personale i cui oneri sono a carico del Gestore, indicando le sole prestazioni rese nel servizio rendicontato.

CODICI DELLE QUALIFICHE PROFESSIONALI DA UTILIZZARE PER LA RENDICONTAZIONE ANALITICA DI CUI ALLE PAGINE SUCCESSIVE

PERSONALE SANITARIO	
NEUROPSICHIATRA	2.3
PSICHIATRA	2.4
PSICOLOGO	2.8
ALTRO SPECIALISTA	2.10
8.1	

TECNICI LAUREATI	
PEDAGOGISTA	9.1
PSICOPEDAGOGISTA	9.2
SOCIOLOGO	9.3

PERSONALE EDUCATIVO	
ANIMATORE SOCIALE	4.1
EDUCATORE PROF	4.2

ASSISTENTE SOCIALE 4.4
---------------------------

A.S.A. /O.S.S. 7.1
-----------------------

5 PERSONALE SANITARIO

Codice	Cod. figura Prof.	ORE ANNUE EFFETTUATE NEL SERVIZIO				
		dipendenti	convenzionati	rapp.libero profess.	Volontari	Serv. Civ.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
Totali						



7

## PERSONALE TECNICO LAUREATO

Cognome	Nome	Cod. figura . Profess.	ORE ANNUE DESTINATE ESCLUSIVAMENTE AL PROGETTO				
			dipendenti	convenzion ati	libero profes	Volontari	Serv civ.
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
Totali							





9 ALTRO PERSONALE

Cod. figura Profess.	dipendenti	convenzionati	libero profess	ORE ANNUE DESTINATE ESCLUSIVAMENTE AL PROGETTO		
				Volontari	Serv civ.	
Cognome	Nome					
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

CONSUNTIVO RIFERITO DAL 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 AL 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1

- Nel caso di più unità d'offerta gestite da un unico Ente, spese ed entrate vanno possibilmente elencate per singola unità d'offerta. Qualora ciò non fosse possibile

- Vanno indicate tutte e solo le entrate e le spese riferite alla gestione 2017 delle singole unità d'offerta (e non riferite al bilancio generale dell'Ente Gestore): pertanto nel caso in cui le diverse voci di spesa corrente (personale, vitto, altro) afferiscano a capitoli generali di bilancio dell'Ente Gestore, esse devono essere scorporate

10.1 Spese per il personale sociale impiegato

(oneri gravanti sull'Ente Gestore relativi alla retribuzione lorda, comprensiva degli oneri riflessi)

- per il personale educativo(compreso il responsabile)	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
- per il personale ausiliario	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
- per altro personale sociale	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
- per il personale volontario	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
<b>A - Totale spese di personale</b>	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>

10.2 Spese generali (escuse le rate di ammortamento mutui e la manutenzione straordinaria)

- per il vitto	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
- per attività	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
- per l'affitto	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
- per la manutenzione ordinaria	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
- per riscaldamento, utenze varie, etc...	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
<b>E - Totale spese generali</b>	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
<b>TOTALE COMPLESSIVO ( A + B)</b>	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>

10.3 Spese per il personale sanitario

€  ,

**Entrate**

10.4 entrate da rette a carico utenti e/o familiari

€  ,

11.5 entrate da Comuni convenzionati

€  ,

11.6 entrate da ASL

€  ,

11.7 altre entrate

€  ,

- retta mensile minima €  ,

- retta mensile massima €  ,

Compilatore del questionario Sig. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_