



**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 .



## 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					
TOTALE					

**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

Cognome	Nome	cod. figura Profess.	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							
<b>Totali</b>							



9 ALTRO PERSONALE

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

