

## ALLOGGI PROTETTI ANZIANI

CONSUNTIVO ANNO 2022

Le schede devono essere utilizzate per rendicontare l'attività svolta nell'esercizio 2022

Nel caso di più unità d'offerta gestite da un unico Ente Gestore, vanno rese schede di rendicontazione separate per ogni singola struttura.

### 1) IDENTIFICAZIONE DELLA STRUTTURA

Denominazione \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 e mail.....

#### ATS BS

Se l'indirizzo è cambiato, indicare di seguito quello precedente e il motivo della variazione.

### 2) IDENTIFICAZIONE DELL' ENTE GESTORE

2.1 Denominazione \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 e mail.....

#### 2.2 Natura giuridica dell'Ente Gestore

COD. FISC [ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ]

- 2.2.1 PUBBLICA:  1 COMUNE   
 2 ATS/ASST   
 3 COMUNITA' MONTANA   
 4 CONSORZIO DI COMUNI   
 5 PROVINCIA

#### Modalità di gestione

- 0 DIRETTA   
 3 TRAMITE CONVENZ. CONTRATTO CON ALTRO SOGGETTO   
 5 ALTRO (specificare \_\_\_\_\_ )  } per l'erogazione di: tutte le prestazioni   
 parte delle prestazioni

#### Nel caso di convenzione:

##### Modalità di affidamento

- 1 TRATTATIVA PRIVATA   
 2 LICITAZIONE PRIVATA   
 3 APPALTO CONCORSO   
 4 ALTRO  (specificare \_\_\_\_\_ )

Denominazione dell'Ente con cui esiste convezione \_\_\_\_\_

- 2.2.2 PRIVATA  a ENTE RELIGIOSO   
 b FONDAZIONE   
 c ASSOCIAZIONE   
 d ASSOCIAZIONE VOLONTARIATO   
 e COOPERATIVA SOLIDARIETA'   
 f COOPERATIVA   
 g AZIENDA   
 h ALTRO   
 CONVENZIONATO CON COMUNE \*   
 ALTRO \*   
 NON CONVENZIONATO   
 CONVENZIONATO CON PIU' SOGGETTI \*

**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'ATS \_\_\_\_\_

3.4 Il Servizio è accreditato come Struttura Socio Sanitaria

SI  NO

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

N° posti accreditati

**4) CAPACITA' OPERATIVA**

4.1 Capienza strutturale posti (1)

(come da autorizzazione al funzionamento qualora rilasciata)

N.

**SERVIZI**

5) 5.1 L'Unità d'offerta ha elaborato la carta dei Servizi?

SI

5.2 sono previsti:

Uscite plurisettimanali

Gite

Vacanze

Terapie fisiche/fisioterapiche

terapie occupazionali

riabilitazione cognitiva

animazione

attività multimediali

Altro \_\_\_\_\_

SI

NO

5.3 visite familiari

plurisettimanali

settimanali

NO   
NO

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 (se rilasciato) o dalla comunicazione di inizio attività inoltrata dall'Ente Gestore .



## RIEPILOGO DEL PERSONALE

FIGURE PROFESSIONALI	ORE ANNUE				
	DIPENDENTI	CONVENZIONATI	LIBERI PROF.	VOLONTARI	in Servizio civile
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 Profes	ORE ANNUE EFFETTUATE NEL SERVIZIO				
			dipendenti	convenzion ati	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							

6 PERSONALE EDUCATIVO

Cognome	Nome	cod. figura. Profes.	in possesso di qualifica specifica		ORE ANNUE EFFETTUATE NEL SERVIZIO				
			SI	NO	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									
<b>Totali</b>									

7 PERSONALE TECNICO LAUREATO

Cognome	Nome	Cod. figura . Profess.	ORE ANNUE DESTINATE ESCLUSIVAMENTE AL PROGETTO				
			dipendenti	convenzionati	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>							

## PERSONALE SOCIALE

(comprende la figura dell'assistente sociale e dell'ASA/OSS)

Cognome	Nome	Cod. figura Profess.	In possesso di qualifica specificata		ORE ANNUE DESTINATE ESCLUSIVAMENTE AL PROGETTO				
			SI	NO	dipendenti	convenzion ati	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									
Totale									

**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							

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

Qualifica \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

CERTIFICAZIONE STATISTICA DEL RESPONSABILE

DELL'ENTE GESTORE

La presente scheda, composta da n. \_\_\_\_\_ pagine, è stata

compilata a cura dell'Ente gestore in data \_\_\_\_\_

I dati sono stati verificati e se ne certifica la validità.

IL DICHIARANTE

Tel. :

