

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 31/12/2017 _____

- Numero totale frequentanti nell'anno 2017 come risultante dai diari di presenza:
 - Gennaio _____
 - Febbraio _____
 - Marzo _____
 - Aprile _____
 - Maggio _____
 - Giugno _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Luglio _____ | <input type="checkbox"/> Agosto _____ |
| <input type="checkbox"/> Settembre _____ | <input type="checkbox"/> Ottobre _____ |
| <input type="checkbox"/> Novembre _____ | <input type="checkbox"/> 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 2017

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 2017

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 31/12/2017 _____
- Numero totale frequentanti nell'anno 2017 come risultante dai diari di presenza:
 - Gennaio _____
 - Febbraio _____
 - Marzo _____
 - Aprile _____
 - Maggio _____
 - Giugno _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Luglio _____ | <input type="checkbox"/> Agosto _____ |
| <input type="checkbox"/> Settembre _____ | <input type="checkbox"/> Ottobre _____ |
| <input type="checkbox"/> Novembre _____ | <input type="checkbox"/> 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 2017

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 2017

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 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 2017

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 2017

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 31/12/2017 _____

- 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 2017

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	
TOTALE	

Entrate complessive - anno 2017

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 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 2017

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 2017

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	

SCHEMA 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 2017

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 2017

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	
TOTALE	

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 31/12/2017 _____

- 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 2017

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 2017

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 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 31/12/2017 _____

- 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 2017

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 2017

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	

SCHEMA 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 31/12/2017 _____

- 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 2017

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 2017

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 31/12/2017 _____

- 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 2017

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 2017

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	

SCHEMA 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 31/12/2017 _____

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

- Utenti residenti nell'Ambito territoriale 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 2017

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 2017

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 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 2017

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 2017

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	

SCHEMA 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 31/12/2017 _____
- 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 2017

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 2017

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	

SCHEMA 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 2017

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 2017

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	