

**ALLEGATO N. 2**

**SCHEMA ANAGRAFICA-IDENTIFICATIVA DELL'ORGANIZZAZIONE E RISORSE UMANE**

Denominazione organizzazione.....

P.IVA/C.F.

Eventuale sito Web: .....

Sede legale: Comune di ..... Via.....  
Telefono..... Fax:..... E-mail .....

Sede operativa: Comune di ..... Via.....  
Telefono..... Fax:..... E-mail .....

Apertura al pubblico nei giorni di: .....

Dalle ore..... alle ore.....

Altre sedi: .....

Responsabile Amministrativo/Contabile: .....

Telefono.....

Responsabile della sede operativa:.....

Telefono.....

Responsabile del personale:.....

Telefono.....

Fascia oraria giornaliera di copertura del servizio

.....

Laboratori/attività:.....

Modalità di tutoraggio nell'attività dei soggetti con disabilità  
cognitiva:.....

**RISORSE UMANE**

Personale individuato per lo svolgimento delle prestazioni richieste:

.....

Il Settore Servizi Sociali Politiche abitative e Sanità del Comune di Pavia si riserva di verificare la documentazione attestante quanto dichiarato.

Data \_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante dell'Ente  
\_\_\_\_\_