# 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 | _____ |
| □ Luglio | _____ | □ Agosto | _____ |
| □ Settembre | _____ | □ Ottobre | _____ |

□ Novembre _____ □ 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 | _____ |
| □ Luglio | _____ | □ Agosto | _____ |
| □ Settembre | _____ | □ Ottobre | _____ |

□ Novembre _____ □ 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 | |

# SCHEDA 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 | |

# SCHEDA 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 | |

# SCHEDA 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 Certosa 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 | |

# SCHEDA 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 | |

# SCHEDA 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 | |