

CENTRO SOCIO EDUCATIVO

CONSUNTIVO ANNO 2024

Le schede devono essere utilizzate per rendicontare l'attività svolta nell'esercizio 2024

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 _____
email _____

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 _____

COD. FISC. _____

2.2 Natura giuridica dell'Ente Gestore

- 2.2.1 PUBBLICA: ☐ 1 COMUNE ☐
2 A.S.L./AZIENDA OSPEDALIERA ☐
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 convenzione _____

- 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'ASL _____

N° posti accreditati

4) CAPACITA' OPERATIVA

4.1 Capienza strutturale posti (1)

(come da autorizzazione al funzionamento qualora rilasciata)

N.

4.2 Capienza gestionale

(utenti assistibili in rapporto alla dotazione di personale)

N.

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 ☐ ☐

5.2 sono previsti:

Uscite plurisettimanali

Gite

Vacanze

Terapie fisiche/fisioterapiche

terapie occupazionali

riabilitazione cognitiva

animazione

attività multimediali

Altro _____

SI	☐	NO	☐
SI	☐	NO	☐
SI	☐	NO	☐
SI	☐	NO	☐
SI	☐	NO	☐
SI	☐	NO	☐
SI	☐	NO	☐
SI	☐	NO	☐
SI	☐	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 o alla comunicazione di inizio attività inoltrata dall'Ente Gestore .

(1) Evidenziare con il simbolo * utenti con sindrome autistica, con il simbolo ° utenti con esiti da trauma

[illegible]

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							

6 PERSONALE EDUCATIVO

[illegible]

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							
Totali							

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

[illegible]

9 ALTRO PERSONALE

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

AL | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 24

- Nel caso di più unità d'offerta gestite da un unico Ente, spese ed entrate vanno possibilmente elencate per singola unità d'offerta. Qualora ciò non fosse possibile

- Vanno indicate tutte e solo le entrate e le spese riferite alla gestione 2024 delle singole unità d'offerta (e non riferite al bilancio generale dell'Ente Gestore): pertanto nel caso in cui le diverse voci di spesa corrente (personale, vitto, altro) afferiscano a capitoli generali di bilancio dell'Ente Gestore, esse devono essere scorporate

10.1 Spese per il personale sociale impiegato

(oneri gravanti sull'Ente Gestore relativi alla retribuzione lorda, comprensiva degli oneri riflessi)

- per il personale educativo(compreso il responsabile) € | | | | | | | | | |

- per il personale ausiliario € | | | | | | | | | |

- per altro personale sociale € | | | | | | | | | |

- per il personale volontario € | | | | | | | | | |

A - Totale spese di personale € | | | | | | | | | |

10.2 Spese generali (escuse le rate di ammortamento mutui e la manutenzione straordinaria)

- per il vitto € | | | | | | | | | | , | | | | |

- per attività € | | | | | | | | | |

- per l'affitto € | | | | | | | | | |

- per la manutenzione ordinaria € | | | | | | | | | |

- per riscaldamento, utenze varie, etc... € | | | | | , | |

E - Totale spese generali	€ ,
----------------------------------	--------------------------------------

TOTALE COMPLESSIVO (A + B)	€								,			
-------------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

10.3 Spese per il personale sanitario

Entrate

10.4 entrate da rette a carico utenti e/o familiari	€									,			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

11.5 entrate da Comuni convenzionati € | | | | | | | , | | | |

11.6 entrate da ASL € | | | | | | | , | | | |

11.7 altre entrate € | | | | | | | | | | , | | | | |

- retta mensile minima € | | | | | | | | | |

- retta mensile massima € | | | | | | | | | |

Compilatore del questionario Sig. _____

Tel. _____ IL DICHIARANTE _____