

Scheda di rendicontazione Fondo Sociale Regionale

Consuntivo anno 2018

CENTRO DIURNO ANZIANI

1) Identificazione della Struttura:

Denominazione: _____

Via _____

Cap. _____ Comune _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail: _____

2) Identificazione Ente Gestore:

Denominazione: _____

Via _____

Cap. _____ Comune _____ Prov. _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail: _____

PEC: _____

Natura giuridica dell'Ente Gestore

o Pubblica

- Comune
- Consorzio di Comuni
- Provincia
- ATS/ASST
- Azienda Speciale Consortile
- _____

Modalità di Gestione Prevalente

- Diretta/Economia
- Tramite convenzione
 - Tutte le prestazioni

Parte delle prestazioni specificare _____ ente _____

Tramite procedura di Evidenza Pubblica (appalto, ecc)

Tutte le prestazioni

Parte delle prestazioni specificare _____

Altro (specificare) _____

o **Privata**

Ente Religioso

Fondazione

Associazione

Associazione Volontariato

Associazione famiglia utenti

Associazione solidarietà familiare iscritta nel registro regionale delle associazioni di solidarietà regionale (Valido per NF)

Associazione di promozione

Cooperativa Sociale

Cooperativa

Impresa

Singola Famiglia (valida per COMF)

Società cooperativa a responsabilità limitata

Società cooperativa a solidarietà sociale

Società commerciale

Società per azioni a totale capitale pubblico

Società di servizi

Impresa individuale

Ente morale di Diritto Privato

Ente Ecclesiastico

3) Autorizzazione al funzionamento / DIA / comunicazione preventiva

L'ente gestore è in possesso dell'autorizzazione al funzionamento / Dichiarazione di inizio attività /

Comunicazione Preventiva di esercizio

Sì

No

N° POSTI PER I QUALI E' STATA FATTA LA RICHIESTA _____

A seguito della domanda presentata dall'Ente Gestore la struttura risulta possedere:

Autorizzazione con provvedimento (che si allega in copia) n. _____ del _____

Dichiarazione di inizio Attività (che si allega in copia) del _____

Comunicazione preventiva di esercizio (che si allega in copia) del _____

4) Capacità operativa

Capienza strutturale posti n° _____

Va indicato il numero dei posti autorizzati

Presenza in lista di attesa durante l'anno: SI NO

N° Domande in lista di attesa non soddisfatte nell'anno 2018 _____

N° totale degli iscritti nell'anno _____

Rilevabile dall'elenco degli ammessi alla frequenza e che hanno pagano la retta dall'01.01.2018 al 31.12.2018

Di cui disabili : N° _____

Se richiesta dovrà essere esibita copia della certificazione di disabilità rilasciata da un servizio specialistico

5) Modalità di Funzionamento

ALLEGARE MATERIALE INFORMATIVO SU SERVIZIO E SU MODALITÀ ORGANIZZATIVE (ACCESSO, ORARI FREQUENZA, RETTE, ECC.)

Servizio Mensa

Si

No

Numero ore di apertura giornaliera: _____

Numero settimane annue di apertura: _____

6) Personale operante nel servizio nell'anno di rendicontazione

N° Operatori socio-educativi _____

N° ore annue erogate dagli operatori socio-educativi _____

N° volontari _____

Altro personale

Specificare Tipologia _____ n° _____ e N° ore annue erogate _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA

7) CONSUNTIVO RIFERITO AL PERIODO

DAL

				2	0	1	8
--	--	--	--	---	---	---	---

g g m m

AL

				2	0	1	8
--	--	--	--	---	---	---	---

g g m m

- Nel caso di una o più unità di offerta gestite da un unico Ente, spese ed entrate vanno possibilmente elencate per singola unità di offerta. Qualora ciò non fosse possibile, disaggregare in modo proporzionale al numero degli utenti
- Vanno indicate tutte e solo le entrate e le spese riferite alla gestione 2018 delle singole unità di offerta (e non riferite al bilancio generale dell'Ente Gestore): pertanto nel caso in cui le diverse voci di spesa corrente (personale, vitto, altro) afferiscono a capitoli generali di bilancio dell'Ente Gestore, esse devono essere scorporate.

USCITE

A. Personale	Costo annuo
PERSONALE SOCIO -EDUCATIVO	
ALTRO PERSONALE	
TOTALE	

B. Altre spese	Costo annuo
PASTI	
LAVANDERIA	
PULIZIA	
TRASPORTO	
MATERIALI DI CONSUMO	
PICCOLE ATTREZZATURE	
ALTRE SPESE GENERALI	
TOTALE	

TOTALE GENERALE SPESE (A+B) : € _____

ENTRATE

TOTALE RETTE (a carico dell'utenza): € _____

TOTALE CONTRIBUTI DA ENTI PUBBLICI (ad integrazione rette degli utenti o da convenzioni; escluso contributo FSR ex circ.4) € _____

ALTRE TIPOLOGIE DI ENTRATE € _____

TOTALE COMPLESSIVO ENTRATE € _____

Retta minima _____ **Retta Massima** _____

Compilatore: _____

Qualifica : _____

Tel: _____ E-mail _____