ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI

CONSUNTIVO ANNO 2010

IDENTIFICAZIONE DELL'ENTE GESTORE

DENOMINAZIONE _____

Via _____n° _____ CAP. _____ Comune _____

Provincia _____ Tel. ___/_____ Fax. _____/_____

P.I. / Cod. Fisc. _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Natura Giuridica Dell'ente Gestore:

- PUBBLICA: ❒
  - COMUNE ❒
  - ASL ❒
  - CONSORZIO DI COMUNI ❒
  - IPAB ❒
  - PROVINCIA ❒
  - ALTRO ❒

- PRIVATA NON PROFIT: ❒
  - ENTE RELIGIOSO ❒
  - FONDAZIONE ❒
  - ASSOCIAZIONE ❒
  - ASSOCIAZIONE VOLONTARIATO ❒
  - COOPERATIVA SOLIDARIETA' ❒
  - COOPERATIVA SOCIALE ❒
  - ALTRO ❒

- PRIVATA PROFIT: ❒

IDENTIFICAZIONE DEL SERVIZIO

DENOMINAZIONE _____
Via _____n° _____ CAP. _____ Comune _____
Provincia _____ Tel. ___/_____ Fax. _____/_____

Modalità di Gestione del servizio

FUNZIONAMENTO

- GIORNI DI FUNZIONAMENTO TOTALI _|_|_|_|
- ORE GIORNALIERE DI FUNZIONAMENTO _|_|_|_|
- N. ORE DI SUPERVISIONE ANNUE _|_|_|_|

SERVIZIO

- IN MANTENIMENTO ❒
- DI NUOVA ATTIVAZIONE _____ (DATA) ❒

MODALITA' DI GESTIONE

- DIRETTA ❒
- TRAMITE CONVENZIONE: ❒
  - CON COMUNE ❒
  - CON AMM.NE PROVINCIALE ❒
  - CON PIU' SOGGETTI ❒
  - ALTRO ❒

- PARTE DELLE PRESTAZIONI ❒
- TUTTE LE PRESTAZIONI ❒

MOVIMENTO UTENZA

UTENTI IN CARICO AL 01/01/2008 _|_|_|_|
NUOVI UTENTI – ANNO 2008 _|_|_|_|
DIMISSIONI UTENTI – ANNO 2008 _|_|