

ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI

CONSUNTIVO ANNO 2011

IDENTIFICAZIONE DELL'ENTE GESTORE

DENOMINAZIONE _____

Via _____ n° _____ CAP. _____ Comune _____

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

P.I. / Cod. Fisc. _____

Natura Giuridica Dell'ente Gestore:

- PUBBLICA: ☐ - COMUNE ☐

- 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 01/01/2011 _____

NUOVI UTENTI – ANNO 2011 _____

DIMISSIONI UTENTI – ANNO 2011 _____