

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 01/01/2014 _____

NUOVI UTENTI ANNO 2014 _____

DIMISSIONI UTENTI - ANNO 2014 _____

SPESE DI GESTIONE

CONSUNTIVO ANNO 2014

SPESE PER IL PERSONALE:**1) PERSONALE REMUNERATO:****TOTALE EURO**

- di cui Educatori:

- di cui Personale Complementare (A.S.A) :

- Altro (Specificare)

TOTALE:**2) FORMAZIONE/AGGIORNAMENTO****TOTALE SPESE PER IL PERSONALE :****SPESE GENERALI :**

Spese Complementari :

- Altro (Specificare)

TOTALE SPESE GENERALI :**TOTALE COSTI :****ENTRATE**

Finanziamenti da altri Enti

Altro (Specificare).....

TOTALE ENTRATE :