

CENTRI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE

CONSUNTIVO ANNO 2014

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 - ASOCIAZIONE - ASSOCIAZIONE VOLONTARIATO ☐- COOPERATIVA SOLIDARIETA' - COOPERATIVA SOCIALE - ALTRO ☐

- PRIVATA PROFIT:

IDENTIFICAZIONE DELLA STRUTTURA

DENOMINAZIONE _____

Via _____ n° _____ CAP. _____ Comune _____

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

La Struttura ha ottenuto l'autorizzazione al funzionamento dalla Provincia? ☐

Modalità di Gestione della struttura

SERVIZIO

- IN MANTENIMENTO ☐

- DI NUOVA ATTIVAZIONE _____ (DATA) ☐

COLLEGAMENTO TERRITORIALE ☐

MODALITA' DI GESTIONE

- DIRETTA ☐

- TRAMITE CONVENZIONE: ☐

CON COMUNE ☐

CON AMM.NE PROVINCIALE ☐

CON PIU' SOGGETTI ☐

ALTRO ☐

PARTE DELLE PRESTAZIONI ☐

TUTTE LE PRESTAZIONI ☐

FUNZIONAMENTO

Settimane di apertura

Ore settimanali di apertura

	Mattina		Pomeriggio		Sera	
Lunedì	dalle		alle		dalle	
	hh	mm	hh	mm	hh	mm
Martedì	dalle		alle		dalle	
	hh	mm	hh	mm	hh	mm
Mercoledì	dalle		alle		dalle	
	hh	mm	hh	mm	hh	mm
Giovedì	dalle		alle		dalle	
	hh	mm	hh	mm	hh	mm
Venerdì	dalle		alle		dalle	
	hh	mm	hh	mm	hh	mm
Sabato	dalle		alle		dalle	
	hh	mm	hh	mm	hh	mm
Domenica	dalle		alle		dalle	
	hh	mm	hh	mm	hh	mm

ANALISI DELL'UTENZA

FASCE D'ETA'	ISCRITTI			FREQUENTANTI ABITUALI			FREQUENTANTI ABITUALI	FREQUENTANTI OCCASIONALI	MODULO SOCIO PROMOZIONALE	MODULO DI SOSTEGNO EDUCATIVO
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	1 VOLTA A SETTIMANA	DA 1 A TRE VOLTE A SETTIMANA	PIU' DI TRE VOLTE A SETTIMANA				
6 - 10 anni										
11 - 14 anni										
15 - 18 anni										
Altro										

FASCE D'ETA'	ISCRITTI			ACCESSO AL SERVIZIO DEGLI UTENTI			TOTALE UTENTI OCCASIONALI CHE SI SONO ISCRITTI AL CENTRO	NUMERO DI UTENTI CHE RICHIEDONO UN INTERVENTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO	TOTALE ORE CON UTENZA (annue)	TOTALE ORE DI PROGRAMMAZIONE (Indicare solamente il totale ore dedicate alla programmazione)
	UTENTI SENZA DISAGIO	UTENTI CON DISAGIO CONCLAMATO	UTENTI SOTTOPOSTI A PROCEDIMENTO PENALE	VOLONTARIA	SU SEGNALAZIONE INVIO DELLA SCUOLA	SU SEGNALAZIONE INVIO DEI SERVIZI SOCIALI				
6 - 10 anni										
11 - 14 anni										
15 - 18 anni										
Altro										

SEZIONE 1 - PERSONALE DIPENDENTE

PERSONALE DIPENDENTE OPERANTE NEL SERVIZIO NELL'ANNO DI RENDICONTAZIONE																
FIGURE PROFESSIONALI		PROFILO PROFESSIONALE						QUALIFICA		ORE SETT.	SETTIMANE LAVORATE	TOTALE ORE	TIPO DI RAPPORTO		RETRIBUZIONE COMPLESSIVA	
RESPONSABILI		COORDINATORE SOCIALE	DIRIGENTE	PSICOLOGO	PEDAGOGISTA	ASSISTENTE SOCIALE	EDUCATORE PROFESSIONALE	ALTRO (SPECIFICARE)	CON QUALIFICA				SENZA QUALIFICA	REMUNERATIVO		NON REMUNERATIVO
COGNOME	NOME															
												-				
												-				
												-				
												-				
												-				
												-				
												-				
												-				
												-				
												-				
												-				
												-				
												-				

SEZIONE 1 - PERSONALE DPENDENTE

PERSONALE DIPENDENTE OPERANTE NEL SERVIZIO NELL'ANNO DI RENDICONTAZIONE																	
FIGURE PROFESSIONALI		PROFILO PROFESSIONALE							QUALIFICA		ORE SETT.	SETTIMANE LAVORATE	TOTALE ORE	TIPO DI RAPPORTO		RETRIBUZIONE COMPLESSIVA	
PERSONALE SOCIO-EDUCATIVO		EDUCATORE	OPERATORE CON FUNZ. EDUCATIVE	ANIMATORE SOCIALE	A.S.A.	INSEGNANTE , ISTRUTTORE	PERSONALE EDUCATIVO PARTICOLARE	VOLONTARI / OBIETTORI	ALTRO (SPECIFICARE)	CON QUALIFICA				SENZA QUALIFICA	REMUNERATIVO		NON REMUNERATIVO
														-			
														-			
														-			
														-			
														-			
														-			
														-			
														-			
														-			
														-			
														-			
														-			
														-			

SEZIONE 1 - PERSONALE DPENDENTE

PERSONALE DIPENDENTE OPERANTE NEL SERVIZIO NELL'ANNO DI RENDICONTAZIONE														
FIGURE PROFESSIONALI		PROFILO PROFESSIONALE							ORE SETT.	SETTIMANE LAVORATE	TOTALE ORE	TIPO DI RAPPORTO		RETRIBUZIONE COMPLESSIVA
PERSONALE COMPLEMENTARE		ADDETTO AI SERVIZI	ADDETTO ALLE PULIZIE	ACCOMPAGNATORE	CUSTODE	AUTISTA	VOLONTARI/ OBIETTORI	ALTRO (SPECIFICARE)				REMUNERATIVO	NON REMUNERATIVO	
											-			
											-			
											-			
											-			
											-			
											-			
											-			
											-			
											-			
											-			
											-			
											-			
											-			

SEZIONE 1 - PERSONALE DPENDENTE

PERSONALE DIPENDENTE OPERANTE NEL SERVIZIO NELL'ANNO DI RENDICONTAZIONE							
FIGURE PROFESSIONALI	PROFILO PROFESSIONALE	ORE SETT.	SETTIMANE LAVORATE	TOTALE ORE	TIPO DI RAPPORTO		RETRIBUZIONE COMPLESSIVA
ALTRO					REMUNERATIVO	NON REMUNERATIVO	
COGNOME	NOME						
				-			
				-			
				-			
				-			
				-			
				-			
				-			
				-			
				-			
				-			
				-			
				-			
				-			

SPESE DI GESTIONE

CONSUNTIVO 2014

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

- di cui Responsabili :

- di cui Personale Socio-Educativo:

- di cui Personale Complementare :

- Altro:

TOTALE:

-

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

-

SPESE GENERALI :

- Spese Complementari

- Altro (Specificare) :

-

-

-

-

TOTALE SPESE GENERALI :

-

TOTALE COSTI :

-

ENTRATE

Rette di frequenza a carico utenti

Rette di frequenza a carico di Enti Pubblici
(Specificare)

Altro (Specificare).....

TOTALE ENTRATE :

-