

ALLEGATO A

SCHEMA INFORMATIVA STRUTTURA RESIDENZIALE

(da compilarsi per ogni struttura)

- Denominazione comunità: _____
- Indirizzo: Via e n. civico _____
Città _____ Provincia _____ CAP _____
- Telefono: _____
- PEC: _____
- E-mail: _____
- Ente gestore: _____
- Responsabile della struttura: _____
nato il _____ a _____ residente in _____
Comune di _____
- Autorizzazione al funzionamento/ accreditamento: Estremi atto (numero/data/rilasciato da/scadenza) _____

• **TIPOLOGIA DI STRUTTURA:**

(barrare l'opzione corrispondente)

1. **STRUTTURE PER MINORI** (Comunità Educative di Accoglienza (CEA) - Comunità Educative di Accoglienza con interventi ad integrazione Sociosanitaria (CEAS) - Comunità Educative Territoriali (CET) - Comunità Educative di Accoglienza per minorenni da 0 a 6 anni (CEA 0-6) - Strutture residenziali di pronta accoglienza – Case Famiglia per Minorenni.
2. **STRUTTURE PER MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI** (Comunità per minorenni stranieri non accompagnati – HUB per minorenni stranieri non accompagnati)
3. **STRUTTURE PER GENITORE/BAMBINO** (Comunità Genitore-Bambino - Alloggio per l'autonomia);

- **Retta giornaliera** onnicomprensiva dei costi del servizio riferiti a tutte le attività offerte dalla struttura : € _____ IVA compresa al _____ %
- La struttura è situata in zona facilmente accessibile ai mezzi pubblici / ha disponibilità di n. _____ mezzi di trasporto;

- Gli orari di reperibilità per gli inserimenti nella struttura sono : tutti i giorni, compresi i festivi, 24 ore su 24;
- Posti residenziali complessivi: _____
- Posti residenziali in emergenza: _____
- Descrizione degli ambienti della Comunità, divisione degli spazi e loro organizzazione (Tipologia abitativa, ubicazione, spazi interni, locali per attività collettive, spazi dedicati all'incontro con le famiglie, spazi esterni)

- **Prestazioni/servizi compresi nella retta** (descrizione dettagliata):

Descrizione dettagliata	Costo giornaliero

- Descrizione prestazioni/servizi aggiuntivi proposti **esclusi** dalla retta e relativo costo:

Descrizione dettagliata	Costo giornaliero

- **Servizi opzionali** non presenti nelle precedenti tabelle:

Descrizione dettagliata	Costo giornaliero

- Indicazione della **decurtazione** della retta:

Descrizione	Misura percentuale di decurtazione
Ricovero ospedaliero	
Rientro temporaneo in famiglia	
Allontanamento volontario	
Altro	

- **PERSONALE** in servizio:

Professionalità	Nr.	Forma contrattuale	In servizio da	Ore settimanali minime dedicate agli ospiti
Coordinatore/ Direttore tecnico				
Educatori				
Pedagogisti				
Psicologi				
Animatori				
Mediatori culturali				
Insegnanti				
Medici				
Psichiatri				
Infermieri				
Addetti alla cucina				
Addetto alle pulizie				
Personale amministrativo				
Altro, specificare				

- Sono presenti volontari e/o giovani in servizio civile? Se sì, specificare le mansioni

- Descrizione giornata tipo: _____

- Sono previsti regimi alimentari diversificati per esigenze di salute o religiose? _____

Il sottoscritto _____, in qualità di legale rappresentante dell'Impresa/ Ente, è consapevole che la falsa dichiarazione comporta le sanzioni penali previste dal D.P.R. 445/2000 e costituisce causa di esclusione dalle gare in ogni tipo di appalto.

Luogo e data di sottoscrizione

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
