

Distretto Sociale B - Comune di Frosinone Capofila
Rilevazione progetti Piano di Zona: dati al 31/08/2011

Scheda n.1: RILEVAZIONE SERVIZI

SEZIONE A) Dati identificativi del servizio

Comune _____
 Servizio _____
 Valenza comunale intercomunale

SEZIONE B) Dati sulla gestione del servizio

Gestione servizio: diretta dell'Ente comunale/sub-ambito
 affidamento altro Ente
 Ente gestore (*denominazione e natura giuridica*) _____

Modalità di affidamento: _____

Durata dell'affidamento prevista: dal _____ al _____

Importo complessivo di aggiudicazione dell'affidamento: € _____

SEZIONE C) Dati economici - Anno 2011

Costo per la gestione del servizio: € _____
 Ore di servizio previste _____
 Costo orario del servizio: € _____

Stato del servizio al 31/08/11: n. ore erogate _____
 spesa sostenuta € _____

SEZIONE D) Apertura del servizio al pubblico

Apertura del servizio al pubblico nell'anno di rilevazione

	Giorni e orari di apertura							Totale ore settimanali
	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica	
Fasce orarie quotidiane								

Distretto Sociale B - Comune di Frosinone Capofila
Rilevazione progetti Piano di Zona: dati al 31/08/2011

SEZIONE E) Dati sul personale

Personale impiegato sul servizio alla data del 31/08/11

Figure professionali	N. addetti	Ore settimanali	Rapporto di lavoro	
			Dipendente comunale	Altro (specificare)
Amministrativi				
Assistente sociale				
Sociologo				
Psicologo				
Pedagogista				
Assistente di base				
ADEST o Tecnico S.S.				
Operatore socio-sanitario				
Educatore senza titolo*				
Educatore professionale				
Animatore sociale				
Ludotecario				
Volontario Servizio Civile				
Autista				
Altri professionisti sociali				
Professionisti sanitari				
TOTALE				

SEZIONE F) Informazioni sull'utenza del servizio

N. totale di utenti fruitori del servizio nell'anno 2010 |_|_|_|_|

N. di utenti fruitori del servizio al 31/08/11 |_|_|_|_|

Lista d'attesa: NO SI, richiedenti al 31/08/11 n. |_|_|_|_|

Compartecipazione dell'utente alla spesa del servizio: NO SI:
 costo fisso
 per fasce di reddito
 altro _____

SEZIONE G) Note e commenti

Eventuali note e commenti relativi al servizio e/o alla rilevazione a cura del compilatore

Nominativo compilatore _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

_____, li, _____ Firma _____