

AI COMUNE DI OLLASTRA

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
(timbro e firma leggibile)

SCHEDA INFORMATIVA STRUTTURA PER _____

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____

TERRITORIALITÀ: km dal Comune di Ollastra

TIPOLOGIA :

A – COMUNITA' DI TIPO FAMILIARE E GRUPPI DI CONVIVENZA

- ☐ A.1 Casa famiglia
- ☐ A.1.1 Casa famiglia per minori e giovani adulti
- ☐ A.1.2 Casa famiglia per adulti
- ☐ A.2 Gruppi di convivenza
- ☐ A.3 Gruppi appartamento
- ☐ A.4 Comunità di pronta accoglienza
- ☐ A.4.1 Comunità di pronta accoglienza per minori
- ☐ A.4.2 Comunità di pronta accoglienza per adulti

B – STRUTTURE RESIDENZIALI A CARATTERE COMUNITARIO

- ☐ B.1 Comunità di accoglienza per minori
- ☐ B.2 Comunità di sostegno a gestanti e/o madri con bambino
- ☐ B.2.A Comunità di Sostegno e alloggi per donne vittime di violenza
- ☐ B.3 Comunità alloggio per anziani
- ☐ B.4 Residenze comunitarie diffuse per anziani
- ☐ B.5 Comunità residenziali per persone con disabilità e per il "Dopo di noi"
- ☐ B.6 Comunità per l'accoglienza di adulti sottoposti a misure restrittive della libertà personale

C – STRUTTURE RESIDENZIALI INTEGRATE

- ☐ C.1 Comunità integrate per anziani
- ☐ C.2 Comunità integrate per persone con disabilità e per il "dopo di noi"
- ☐ C.3 Comunità integrate per persone con disturbo mentale
- ☐ C.4 Comunità socio-educative integrate per minori

PRONTA ACCOGLIENZA

(...) SI (...) NO

AUTORIZZAZIONE nr..... Del..... Rilasciata dal Comune di ai sensi della L.R. n...../.....Regione.....

ACCREDITAMENTO nr..... Del..... ai sensi della L.R. n...../..... Regione.....

FASCE D'ETA e SESSO

da _____	a _____	anni	(....) maschi	(....) femmine
da _____	a _____	anni	(....) maschi	(....) femmine
da _____	a _____	anni	(....) maschi	(....) femmine

ACCOGLIENZA DI MINORI DISABILI/ALTRE PATOLOGIE

() NO () SI (eventuali note: _____)

NOMINATIVO E RECAPITO TELEFONICO DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

NOMINATIVO E TELEFONO DEL REFERENTE AMMINISTRATIVO

RETТА GIORNALIERA: (specificare il regime IVA)

€. + IVA % per ciascun **UTENTE** in accoglienza residenziale;

€.+ IVA % per ciascun **UTENTE** in Pronta Accoglienza per nr. giorni

altro

Allega:

- Carta del Servizio (obbligatoria)
- Piano Educativo generale della struttura

Luogo e data della sottoscrizione

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
(timbro e firma leggibile)
