

**ALL. B) SCHEDA DATI CENTRO PER LE FAMIGLIE** (da stampare, compilare e scannerizzare)

Dati riferiti al \_\_\_\_\_

SEZIONE 1	DATI IDENTIFICATIVI DEL SERVIZIO
SEZIONE 2	SPAZI E FUNZIONAMENTO DELLA SEDE
SEZIONE 3	STAFF

COMUNE CHE IN FORMA SINGOLA O ASSOCIATA E' TITOLARE DEL SERVIZIO:

\_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_ DISTRETTO \_\_\_\_\_

COMUNI A CUI IL CENTRO PER LE FAMIGLIE EROGA SERVIZI :

\_\_\_\_\_

DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO: \_\_\_\_\_

Referente per la compilazione \_\_\_\_\_

Tel. referente \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

*Scheda compilata in data:* \_\_\_\_\_

**SEZIONE 1 - DATI IDENTIFICATIVI DEL SERVIZIO**

**1) DATI ANAGRAFICI DEL SERVIZIO:**

Denominazione del servizio \_\_\_\_\_

Indirizzo - Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località (frazione) \_\_\_\_\_

Città (comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Indirizzo web \_\_\_\_\_

**2) INDICAZIONE SOGGETTO GESTORE DEL CENTRO PER LE FAMIGLIE:**

a)  COMUNE, servizio comunale a gestione diretta o indiretta, specificare assessorato e servizio:

.....

b)  ASSOCIAZIONE DI COMUNI/CONSORZIO DI ENTI PUBBLICI specificare:

.....

c)  ASP specificare .....

d)  ALTRO ENTE PUBBLICO specificare .....

e)  ALTRO SOGGETTO PRIVATO indicare denominazione .....

**3) DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO GESTORE (SE DIVERSO DAL TITOLARE)**

SEDE LEGALE O DIREZIONE CENTRALE DELL'ATTIVITÀ:

Denominazione \_\_\_\_\_

Indirizzo - Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Località (frazione) \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città (comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

4) NEL BILANCIO COMUNALE SONO PREVISTI CAPITOLI DI SPESA O CENTRI DI COSTO INERENTI AL CENTRO PER LE FAMIGLIE E ALLE ATTIVITA' AD ESSO CONNESSE:

SI                     NO

## SEZIONE 2 - SPAZI E FUNZIONAMENTO DELLA SEDE

7) SE SI CONDIVIDE LA SEDE CON ALTRO SERVIZIO, INDICARNE IL TIPO:

- NIDO indicare la denominazione: .....
- SCUOLA DELL'INFANZIA indicare la denominazione: .....
- SPAZIO BAMBINI
- ALTRO specificare: .....

8) AMPIEZZA DELLA SEDE DEL CENTRO PER LE FAMIGLIE (mq interni): .....

9) COLLOCAZIONE DELLA SEDE:

- PIANTERRENO
- DAL PRIMO PIANO IN POI CON ASCENSORE
- DAL PRIMO PIANO IN POI SENZA ASCENSORE
- PRESENZA DI RAMPA DI ACCESSO

10) ESISTONO SPAZI ESTERNI/GIARDINO?                     SI                     NO

**DATI DI FUNZIONAMENTO** (laddove si condivide la sede con un altro servizio, i dati di funzionamento di quest'ultimo vanno esclusi, **ci si riferisce quindi solo alle attività facenti capo alle tre aree di funzionamento** così come da Delibera C.R. 396/2002)

12) TOTALE MESI DI APERTURA NELL'ANNO 2014: ..... DA ..... A .....

13) TOTALE MESI DI APERTURA NELL'ANNO 2013: ..... DA ..... A .....

14) NUMERO GIORNI DI APERTURA SETTIMANALE: .....

15) NUMERO MEDIO GIORNI DI APERTURA NEL CORSO DELL'ANNO: .....

**16) GIORNI E ORARI DI APERTURA DEL SERVIZIO PER REALIZZARE ATTIVITÀ DEL CPF IN UNA SETTIMANA TIPO:**

	<i>Momento della Giornata</i>	<i>Orario di apertura</i>	<i>Orario di chiusura</i>	<i>note</i>
<i>Lunedì</i>	Mattina			
	Pomeriggio			
	Sera			
<i>Martedì</i>	Mattina			
	Pomeriggio			
	Sera			
<i>Mercoledì</i>	Mattina			
	Pomeriggio			
	Sera			
<i>Giovedì</i>	Mattina			
	Pomeriggio			
	Sera			
<i>Venerdì</i>	Mattina			
	Pomeriggio			
	Sera			
<i>Sabato</i>	Mattina			
	Pomeriggio			
	Sera			
<i>Domenica</i>	Mattina			
	Pomeriggio			
	Sera			

**17) SPECIFICARE EVENTUALI VARIAZIONI DI ORARIO O DI APERTURA SIGNIFICATIVE SU BASE STAGIONALE (ES. IN ESTATE) :**

.....

.....

**18) INDICARE QUALI AREE DI SERVIZIO SONO STATE ATTIVATE E ATTRAVERSO QUALI ATTIVITA' (Del.396/2002)**

---

---

---

---

---

---

---

---

**19) SI E' ATTIVATA LA MEDIAZIONE FAMILIARE?**

SI             NO

**20) IL CENTRO PER LE FAMIGLIE HA ALTRE SEDI OPERATIVE (OGNI SEDE DEVE AVERE UN PROPRIO STAFF DI OPERATORI DEDICATO) OLTRE A QUELLA PRINCIPALE?**

SI             NO

SE SI, INDICARE PER CIASCUNA SEDE ULTERIORE LA DENOMINAZIONE E L'INDIRIZZO:

Denominazione: .....

Indirizzo: ..... Tel. ....

Denominazione: .....

Indirizzo: ..... Tel. ....

**SEZIONE 3 - STAFF DEL CENTRO PER LE FAMIGLIE**

**21)** NOME DEL COORDINATORE DEL CENTRO PER LE FAMIGLIE:

.....

Tel..... Fax: ..... E-mail: .....

**22)** TITOLO DI STUDIO DEL COORDINATORE: .....

**23)** OPERATORI CHE FANNO PARTE DELL'EQUIPE STABILE DEL CENTRO (oltre al coordinatore)

n° .....

E LORO TITOLO DI STUDIO :