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. _____

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' (De1.396/2002)

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 :