

SCHEMA TIPO DI PROGETTO ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO OFFERTO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome e cognome _____

Codice Fiscale _____

mail/PEC _____

consapevole che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

- di assumere ogni responsabilità rispetto all'organizzazione delle attività e di sollevare il Comune di Cavriglia da qualsivoglia controversia o contenzioso;
- che le attività si svolgeranno secondo il seguente schema illustrativo:

Soggetto proponente	Denominazione, natura sociale, legale rappresentante etc. riferimenti mail e telefonici
Sede di realizzazione delle attività	Indirizzo e denominazione struttura
Modalità di iscrizione	Indicare modalità e tempi di iscrizione e criteri di priorità nell'accesso al servizio, nonché un riferimento mail/telefonico per informazioni all'utenza
Retta frequenza per turno	€ _____
Calendario di apertura	Indicare date e giorni di apertura
Orario quotidiano di funzionamento	orari di effettiva apertura all'utenza tipologia frequenza: <input type="checkbox"/> parziale (minimo 4 Ore) <input type="checkbox"/> tempo pieno (superiore a 6h e 30)
Numero e età dei bambini/ragazzi accolti (capienza)	età 6/11 n° _____ in n° _____ gruppi età 12/14 n° _____ in n° _____ gruppi
Rapporto numerico educatore/bambino previsto	età 6/11 n° _____ età 12/14 n° _____ bambini/ragazzi con disabilità n° _____

Spazi previsti al chiuso	Breve descrizione e mq per ciascun ambiente: Mq a disposizione per ciascun bambino e adulto presente:
Spazi previsti all'aperto	Breve descrizione e mq indicativi per ciascuno spazio esterno: Mq a disposizione negli spazi esterni per ciascun bambino e adulto presente:
Servizi igienici	Indicare numero e tipologia (in relazione all'utilizzo da parte delle diverse fasce d'età).
Programma giornaliero Tempi e modalità di svolgimento delle attività	<i>(Da elaborare secondo normativa vigente) Non è consentita ai ragazzi la possibilità di portare da casa giochi, materiali o attrezzature di alcun tipo</i>
Personale <i>(l'elenco nominativo dovrà essere reso disponibile presso la sede del Centro Estivo, con la registrazione dei turni di presenza)</i>	<u>Personale educativo/di animazione impiegato:</u> Numero e qualifica <u>Personale sostituto:</u> Numero e qualifica <u>Personale di coordinamento:</u> Numero e qualifica <u>Personale volontario:</u>
<u>Modalità previste nel caso di accoglienza di bambini e adolescenti con disabilità o provenienti da contesti familiari caratterizzati da fragilità</u>	<u>Indicare specifiche modalità adottate per l'accoglienza. Indicare le modalità di consultazione dei servizi sociosanitari al fine di concordare le forme di individualizzazione del progetto di attività da proporre e realizzare</u> <u>Il soggetto proponente dovrà garantire il rapporto 1 operatore per ciascun ragazzo con disabilità</u>
<u>Trasporti</u> È previsto l'utilizzo di mezzi di trasporto? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	In caso affermativo, specificare numero di posti bambino, numero accompagnatori adulti
<u>Preparazione/consumo pasti</u> È previsto il consumo dei pasti? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	In caso affermativo, definire modalità di approvvigionamento e di consumo (luoghi, tempi)
<u>Assicurazione</u>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no