



Direzione Politiche attive del Lavoro, Formazione e Istruzione, Politiche sociali

*Servizio*

*“Vigilanza e controllo di qualità dei servizi sociali – Promozione rapporti con  
soggetti e strutture”*

**SCHEDA INFORMATIVA**

*Parte riservata al Comune*

Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**SEZIONE I - ANAGRAFICA**

**1.1 Denominazione/Ragione sociale**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**1.2 Sede legale**

1.2.1 - località \_\_\_\_\_  
1.2.2 - prov. \_\_\_\_\_  
1.2.3 - via \_\_\_\_\_  
1.2.4 - tel./fax \_\_\_\_\_

**1.3 Sede operativa**

1.3.1 - località \_\_\_\_\_  
1.3.2 - prov. \_\_\_\_\_  
1.3.3 - via \_\_\_\_\_  
1.3.4 - tel./fax \_\_\_\_\_

**1.4 Legale/i Rappresentante/i e Coordinatore Responsabile (generalità)**

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**1.5 Natura giuridica struttura**

1.5.1 - pubblica   
1.5.2 - privata

1.5.3 - convenzionata S.S.N.

1.5.3 spec. - specificare Azienda USL (codice statistico)

## SEZIONE II - AMMINISTRATIVA

### 2.1 - Autorizzazioni

2.1.1 – Sanitaria (art. 2 legge 30.4.1962, n. 283) SI  NO

2.1.2 – Amministrativa (art. 86 e 109 T.U.LL.P.S.) SI  NO

2.1.3 – Riconoscimento Regionale di attività socio-sanitaria connessa con quella socio-assistenziale SI  NO

2.1.4 – Prevenzione incendi SI  NO

2.1.5 – Altre SI  NO

Tipo  Ente emittente

Tipo  Ente emittente

### 2.2 – Personale (rapporto di lavoro)

2.2.1 dipendente a tempo indeterminato  N.

2.2.2 dipendente a tempo determinato  N.

2.2.3 con rapporto di collaborazione  N.

2.2.4 di terzi con rapporto di convenzione  N.

### 2.3 – Personale (qualifiche)

2.3.1 – medico

n.  qualifica  n. ore lav./sett. rese

n.  qualifica  n. ore lav./sett. rese

n.  qualifica  n. ore lav./sett. rese

2.3.2 – paramedico

n.  qualifica  n. ore lav./sett. rese

n.  qualifica  n. ore lav./sett. rese

n.  qualifica  n. ore lav./sett. rese

2.3.3 – ausiliario assistenziale

n.  qualifica  n. ore lav./sett. rese

2.3.4 – altre

n.  qualifica  n. ore lav./sett. rese

n.	<input type="text"/>	qualifica	<input type="text"/>	n. ore lav./sett. rese	<input type="text"/>
n.	<input type="text"/>	qualifica	<input type="text"/>	n. ore lav./sett. rese	<input type="text"/>
n.	<input type="text"/>	qualifica	<input type="text"/>	n. ore lav./sett. rese	<input type="text"/>

## 2.4 – Capacità ricettiva

2.4.1 - n. ospiti autorizzati (in totale)

di cui:

2.4.1.1 – autosufficienti

2.4.1.2 – parzialmente autosufficienti

2.4.1.3 – non autosufficienti

2.4.2 – periodo medio soggiorno

## 2.5 – Altro – Note

# SEZIONE III - DESCRITTIVA

## 3.1 – Immobile (caratteristiche)

3.1.1 – anno costruzione

3.1.2 – abitabilità SI  NO

3.1.3 – agibilità SI  NO

3.1.4 – ubicazione:

3.1.4.1 - extra urbano

3.1.4.2 - urbano – isolato

3.1.4.3 - urbano – condominiale

3.1.5 – locali:

3.1.5.1 – camere ospiti

n.	<input type="text"/>	da posti letto	<input type="text"/>	con servizi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
n.	<input type="text"/>	da posti letto	<input type="text"/>	con servizi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
n.	<input type="text"/>	da posti letto	<input type="text"/>	con servizi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
n.	<input type="text"/>	da posti letto	<input type="text"/>	con servizi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

3.1.5.2 – servizi comuni (*sala TV, sala lettura, sala mensa, ecc.*)

n.	<input type="text"/>	uso	<input type="text"/>
n.	<input type="text"/>	uso	<input type="text"/>
n.	<input type="text"/>	uso	<input type="text"/>

3.1.5.3 – servizi igienici

n. totale

3.1.6 – condizioni igienico-strutturali e funzionali edificio:

3.1.6.1. - n. piani

3.1.6.2. - n. scale

3.1.6.3. - n. ascensori

- 3.1.6.4. - n. montalettighe
- 3.1.6.5. - pulizia
- in forma diretta (con proprio personale) .....
- in appalto a terzi .....

### 3.2 – Vitto

- 3.2.1 - gestito in forma diretta (con proprio personale) .....
- 3.2.2 - in appalto a terzi .....

## SEZIONE IV – EROGAZIONE SERVIZI

### 4.1 - Tipologia del/i servizio/i

### 4.2 - Destinatari

### 4.3 - Utenza potenziale n.

### 4.4 - Registro utenti SI NO

### 4.5 - Modalità di erogazione:

- 4.5.1 – in sede propria
- 4.5.2 – a domicilio
- 4.5.3 – presso strutture pubbliche  quali:
- 4.5.4 – presso strutture private  quali:

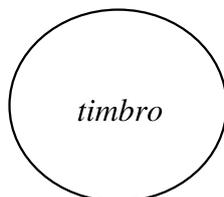
### 4.6 - Corrispettivo economico:

- 4.6.1 – a totale carico utente
- 4.6.2 – a parziale carico utente  in percentuale  %
- 4.6.3 – con il concorso di ente  in percentuale  % quale
- 4.6.4 – totale carico ente  quale

### 4.7 - Carta dei servizi SI NO

*Il sottoscritto, Legale Rappresentante, dichiara di impegnarsi a comunicare al Comune, entro trenta giorni, il verificarsi di eventuali modifiche o variazioni di uno qualsiasi degli elementi caratterizzanti sopra esposti, nonché ad attuare il necessario adeguamento dei requisiti minimi, nei termini e con le modalità che saranno fissati dall'apposita emananda normativa regionale di recepimento e di integrazione di quella nazionale.*

Data .....



*firma del Legale Rappresentante*

### **NOTE ESPLICATIVE PER LA COMPILAZIONE**

La presente scheda informativa deve essere compilata, in triplice copia, unitamente alla istanza di autorizzazione, da tutti i soggetti, pubblici o da quelli di cui all'art. 1, commi 4 e 5, della Legge n 328/2000, richiedenti, ai sensi del D.M. 21 maggio 2001, n. 308, l'autorizzazione comunale provvisoria al funzionamento per strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale e per servizi, già operanti alla data di pubblicazione dello stesso decreto, **28 luglio 2001**, o di nuova istituzione.

In caso di servizi esercitati contemporaneamente nella medesima struttura (es. casa di riposo e centro diurno) ovvero di più servizi, diversi nella tipologia e nell'utenza, erogati da uno stesso soggetto, occorre compilare, sempre in triplice copia, una scheda per ciascun servizio .

In caso di variazione di uno o più elementi caratterizzanti l'attività, occorre provvedere, entro **30 giorni dal verificarsi**, alla richiesta di aggiornamento dell'autorizzazione comunale provvisoria al funzionamento, compilando una nuova scheda informativa.

#### **SEZIONE I – ANAGRAFICA**

Questa Sezione deve essere compilata indistintamente da tutti i soggetti richiedenti l'autorizzazione, sia per l'esercizio di strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale sia per l'esercizio di qualsiasi servizio alla persona.

#### **SEZIONE II – AMMINISTRATIVA SEZIONE III - DESCRITTIVA**

I soggetti richiedenti solo l'autorizzazione all'esercizio di servizi alla persona ovviamente non devono compilare i punti riguardanti le strutture.

#### **SEZIONE IV – EROGAZIONE SERVIZI**

Questa Sezione deve essere compilata indistintamente da tutti i soggetti richiedenti l'autorizzazione, sia per l'esercizio di strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale sia per l'esercizio di qualsiasi servizio alla persona.

=====

Per ulteriori informazioni, rivolgersi:

**Regione Abruzzo** – Direzione Politiche Attive del Lavoro, Formazione e Istruzione, Politiche Sociali-  
Servizio Vigilanza e Controllo di Qualità dei Servizi Sociali – Pescara - via Rieti, n. 45 - Tel. **085.767.5006**  
- Fax **085.767.5041**