



In allegato alla domanda di

Codice fiscale

Ufficio destinatario

Scheda anagrafica allegata domanda di iscrizione all'albo di soggetti idonei alla realizzazione di interventi a favore di persone con disabilità

La/Il sottoscritto/a

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Sede operativa

☐ la sede operativa non coincide con la sede legale (selezionare la casella)

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

CAP

Telefono soggetto giuridico

Posta elettronica

Posta elettronica certificata soggetto giuridico

Sito web e orari di apertura

Sito web

Orari di apertura

Interventi (Selezionare gli interventi per i quali si richiede l'accreditamento)

☐ 1. Interventi/Servizi a favore di persone non autosufficienti

☐ Assistenza domiciliare di base

Descrizione attività

Operatore coinvolto

Costo unitario

☐ Interventi educativi a favore di persone adulte con disabilità o non autosufficienti in contesti socializzanti (fuori dal domicilio)

Descrizione attività

Operatore coinvolto

Costo unitario

☐ Altro (specificare)

Descrizione attività

Operatore coinvolto

Costo unitario

☐ il numero totale del personale operante alla data di presentazione della domanda di iscrizione all'Albo per l'intervento/servizio è:

Cognome e Nome

Titolo di studio

Monte ore

Qualifica

Contratto applicato

☐ **3. Interventi/Servizi a sostegno di progetti "Dopo di Noi"**

☐ Voucher Autonomia

Descrizione attività

Operatore coinvolto

Costo unitario

☐ Voucher "Durante noi"

Descrizione attività

Operatore coinvolto

Costo unitario

☐ Sostegno residenzialità

Descrizione attività

Operatore coinvolto

Costo unitario

☐ Gruppi appartamento - Co-housing - Comunità Alloggio sociali

Denominazione residenza abitativa

Indirizzo

Support manager

Data inizio

- ☐ il numero totale del personale operante alla data di presentazione della domanda di iscrizione all'Albo per l'intervento/servizio è:

Cognome e Nome

Titolo di studio

Monte ore

Qualifica

Contratto applicato

☐ **4. Interventi/Servizi a sostegno di progetti di vita indipendente e inclusione sociale**

☐ Abitare in autonomia

Descrizione attività

Operatore coinvolto

Costo unitario

☐ Inclusione sociale e relazionale

Descrizione attività

Operatore coinvolto

Costo unitario

☐ Trasporto sociale

Descrizione attività

Operatore coinvolto

Costo unitario

☐ Domotica

Descrizione attività

Operatore coinvolto

Costo unitario

☐ Azioni di sistema

Descrizione attività

Operatore coinvolto

Costo unitario

☐ Altro (Specificare)

Descrizione attività

Operatore coinvolto

Costo unitario

☐ il numero totale del personale operante alla data di presentazione della domanda di iscrizione all'Albo per l'intervento/servizio è:

Cognome e Nome

Titolo di studio

Monte ore

Qualifica

Contratto applicato

Bergamo

Luogo

Data

Il dichiarante