

**LAVORO**

	F	P	N	F = FULL TIME	P = TIME	N = NUMERC
N. OPERATORI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
N. OPERATORI QUALIFICATI secondo la normativa vigente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
N. OPERATORI NON QUALIFICATI A CONTATTO CON UTENZA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
N. OPERATORI DI STAFF (AUSILIARI, CUOCHI, PULITORI, OPERATORI NON EDUCATORI)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
N. ORE DI COORDINATORE (qualora non congruente con altre figure indicate)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
CONTRATTO NAZIONALE DI LAVORO APPLICATO	_____					

**UTENZA**

N. MEDIO ACCOLTI	<input type="text"/>
N. ACCOLTI AL 30/06/19	<input type="text"/>
N. ACCOLTI AL 31/12/18	<input type="text"/>
N. ACCOLTI AMBITO TRIESTINO	<input type="text"/>
N. ACCOLTI ALTRI AMBITI/PRIVATI	<input type="text"/>
ETA' MEDIA	<input type="text"/>
TEMPO MEDIO DI PERMANENZA	<input type="text"/>

**GESTIONE ORARIA**

Fascia oraria	Attività prevalente	Presenza operatori	Operatori potenziali
06:01 - 9:00	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09:01 - 14:00	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14:01 - 18:00	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18:01 - 22:00	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22:01 - 06:00	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**SERVIZI ACCESSORI**

	Attività prevalente	Presenza operatori/professionisti
Psicologo	.....	.....
Supporto alla famiglia dell'utente	.....	.....

**MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO**

(specificare come previsto da Linee Guida) .....

**STANDARD STRUTTURALI E RICETTIVITA'**

	N	MQ	N = NUMERO MAX ACCOLTI
COMUNITA' FAMILIARE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
COMUNITA' SOCIO EDUCATIVA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
COMUNITA' PER GENITORE - FIGLIA/O	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
COMUNITA' PER L'AUTONOMIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
COMUNITA' SOCIO EDUCATIVA RIABILITATIVA O PER L'ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**LAVORO**

	F	P	N	F = FULL TIME	P = TIME	N = NUMERIC
N. OPERATORI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			_____
N. OPERATORI QUALIFICATI secondo la normativa vigente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			_____
N. OPERATORI NON QUALIFICATI A CONTATTO CON UTENZA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			_____
N. OPERATORI DI STAFF (AUSILIARI, CUOCHI, PULITORI, OPERATORI NON EDUCATORI)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			_____
N. ORE DI COORDINATORE (qualora non congruente con altre figure indicate)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			_____
CONTRATTO NAZIONALE DI LAVORO APPLICATO	_____					

**UTENZA**

N. MEDIO ACCOLTI	<input type="text"/>
N. ACCOLTI AL 30/06/19	<input type="text"/>
N. ACCOLTI AL 31/12/18	<input type="text"/>
N. ACCOLTI AMBITO TRIESTINO	<input type="text"/>
N. ACCOLTI ALTRI AMBITI/PRIVATI	<input type="text"/>
ETA' MEDIA	<input type="text"/>
TEMPO MEDIO DI PERMANENZA	<input type="text"/>

**GESTIONE ORARIA**

Fascia oraria	Attività prevalente	Presenza operatori	Operatori potenziali
09:00 - 14:00	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14:01 - 19:00	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**SERVIZI ACCESSORI**

	Attività prevalente	Presenza operatori/professionisti
Psicologo	.....	.....
Supporto alla famiglia dell'utente	.....	.....
Somministrazione alimenti e bevande	.....	.....

**MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO**  
(specificare come previsto da Linee Guida)

**TIPOLOGIA** .....

**SPESA MEDIA PROCAPITE** .....

**RICETTIVITA' STRUTTURA**

	N	N = NUMERO MAX ACCOLTI
CENTRO EDUCATIVO DIURNO	<input type="text"/>	
COMUNITA' DIURNA	<input type="text"/>	
DOPO SCUOLA SOCIO EDUCATIVO	<input type="text"/>	

**LAVORO**

	F	P	N	F = FULL TIME	P = TIME	N = NUMERC
N. OPERATORI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
N. OPERATORI QUALIFICATI secondo la normativa vigente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
N. OPERATORI NON QUALIFICATI A CONTATTO CON UTENZA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
N. OPERATORI DI STAFF (AUSILIARI, CUOCHI, PULITORI, OPERATORI NON EDUCATORI)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
N. ORE DI COORDINATORE (qualora non congruente con altre figure indicate)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
CONTRATTO NAZIONALE DI LAVORO APPLICATO	_____					

**UTENZA**

N. MEDIO UTENTI	<input type="text"/>
N. UTENTI AL 30/06/19	<input type="text"/>
N. UTENTI AL 31/12/18	<input type="text"/>
ETA' MEDIA	<input type="text"/>
DURATA MEDIA DEL PROGETTO	<input type="text"/>

**GESTIONE ORARIA**

Fascia oraria	Attività prevalente	Presenza operatori	Operatori potenziali
08:00 - 13:00	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13:01 - 16:00	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16:01 - 22:00	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**SERVIZI ACCESSORI**

	Attività prevalente	Presenza operatori/professionisti
Psicologo	.....	.....
Supporto alla famiglia dell'utente	.....	.....
Spese ed oneri connessi agli obiettivi formativo/sociali:		
.....		costo medio .....
.....		costo medio

**MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO**

(specificare come previsto da Linee Guida) .....