

PERSONALE RESPONSABILE DELL' ORGANIZZAZIONE

RUOLO INTERNO	COGNOME E NOME	TIPOLOGIA DI RAPPORTO DI LAVORO	TELEFONO	E-MAIL

PERSONALE ATTIVO NELL' ORGANIZZAZIONE

TITOLO PROFESSIONALE Laddove siano previsti un titolo professionale o è prevista l'iscrizione ad albi e/o collegi, tali obblighi si intendono assolti	Indicare N° operatori e siglare con D – C – V se trattasi di D ipendenti C ollaboratori V olontari	Monte ore di presenza complessiva mensile
<input type="checkbox"/> Medico specializzato in _____		
<input type="checkbox"/> Psicoterapeuta		
<input type="checkbox"/> Psicologo specializzato in _____		
<input type="checkbox"/> Procuratore legale		
<input type="checkbox"/> Infermiere		
<input type="checkbox"/> Assistente Sociale		
<input type="checkbox"/> Educatore Professionale		
<input type="checkbox"/> Assistente Domiciliare		
<input type="checkbox"/> Pedagogista		
<input type="checkbox"/> Mediatore Culturale		
<input type="checkbox"/> Mediatore Familiare (allegare curriculum)		

<input type="checkbox"/> Consulente in Sessuologia (allegare curriculum)			
<input type="checkbox"/> Consulente legale (allegare curriculum)			
<input type="checkbox"/> Consulente familiare (allegare curriculum)			
<input type="checkbox"/> Altro (allegare curriculum)			
<input type="checkbox"/> Altro (allegare curriculum)			

ORARI DI APERTURA DELLA SEDE

<i>GIORNO</i>	<i>MATTINO</i>	<i>POMERIGGIO</i>	<i>SERA</i>
Lun			
Mar			
Mer			
Gio			
Ven			
Sab			
Dom			

DISPONIBILITA' A ORARI DI APERTURA DIVERSI DA QUELLI ATTUALI

SI NO

ACCESSO ALLA SEDE

Spontaneo negli orari di apertura
 Su appuntamento
 Altro
 Su invio di _____

Specificare la qualifica del personale addetto all'accoglienza

La sede è facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici?

SI NO

Se SI, quali?

IL CENTRO PRESENTA BARRIERE ARCHITETTONICHE ?

SI

NO

SONO PREVISTE ATTIVITA' DI FORMAZIONE?

SI

NO

Se SI, indicare in quale forma

Se NO perché?

SONO PREVISTE FORME DI SUPERVISIONE ?

SI

NO

Se SI indicare in quale forma e con quale periodicità

Se NO perché?

ASSICURAZIONE

L'accesso alla sede e le attività esterne sono coperte da assicurazione ? SI NO

ATTIVITA' SVOLTE DALL'AGENZIA da almeno un anno

ATTIVITA'	DESTINATARI	DURATA

MODALITA' DI FINANZIAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

Tariffe pagate dai clienti

Costi coperti dalle quote d'iscrizione

Contributi privati (specificare) _____

Contributi Enti Pubblici (specificare) _____

Progetti europei

Altro (specificare) _____

LE ATTIVITA' SONO OFFERTE:

- a fronte di un contributo da parte del fruitore
(specificare se libero o definito _____) a pagamento (allegare tariffario)
- a titolo gratuito

ELENCARE TUTTE LE ATTIVITA' (croccettare)	A CONTRIBUTO	A TARIFFA	GRATUITE

PUBLICIZZAZIONE DELLE ATTIVITA'

- Pubblicazioni di settore Informativa postale a presunti interessati
- Circoscrizioni Parrocchie Internet Ambulatori ASL
- Posta elettronica Volantinaggio Passa parola Ospedali
- Altro _____

METODOLOGIA DI LAVORO

- Co-conduzione Si No Uso dello specchio Si No Tecniche specifiche -----
- Consulenza Terapia
- Colloqui individuali Incontri di gruppo
- Colloqui di coppia Colloqui con tutta la famiglia
- Pacchetti di incontri
n° minimo/massimo _____ Altro _____

BACINO D'UTENZA	
Media annua delle persone coinvolte nelle attività	
Numero di persone coinvolte nelle attività nell'esercizio 2008	
TIPOLOGIA DI CLIENTELA (numerare da 1 a n in ordine quantitativo di presenze)	
<input type="checkbox"/> Coniugi <input type="checkbox"/> Coppie <input type="checkbox"/> Adolescenti	
<input type="checkbox"/> Separati/divorziati <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Genitori soli con figli a carico	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	
Percentuale di donne con cittadinanza italiana	Percentuale di uomini con cittadinanza italiana
Percentuale di donne con cittadinanza straniera	Percentuale di uomini con cittadinanza straniera
RACCORDO CON IL TERRITORIO/QUARTIERE	
ENTI - SOGGETTI	TIPO DI INTERAZIONE
ALLEGARE EVENTUALE STATUTO	

Data _____