

MONITORAGGIO ATTIVITA' SPORTELLI PROMOZIONE E SUPPORTO ALL'ISTITUTO DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

UTI _____

N. SPORTELLI APERTI: _____

SPORTELLO 1:

UBICAZIONE: _____

CONTIGUO O NEI LOCALI DI: _____

SPORTELLO 2:

UBICAZIONE: _____

CONTIGUO O NEI LOCALI DI: _____

SPORTELLO 3:

UBICAZIONE: _____

CONTIGUO O NEI LOCALI DI: _____

SPORTELLO 4:

UBICAZIONE: _____

CONTIGUO O NEI LOCALI DI: _____

GESTORE DEGLI SPORTELLI: _____

Referente per eventuali chiarimenti:

_____ tel. _____ indirizzo mail _____

SCHEDA SPORTELLLO ANNO _____: (Compilare un modulo per ogni sportello aperto)

SPORTELLLO N. _____:

data di apertura: _____ (se aperto nel corso dell'anno)

1) IL PERSONALE E' STATO SETTIMANALMENTE PRESENTE NELLE GIORNATE DI:

_____	DALLE ORE _____ ALLE ORE _____
_____	DALLE ORE _____ ALLE ORE _____
_____	DALLE ORE _____ ALLE ORE _____

PER COMPLESSIVE ORE ANNUALI _____

2) LO SPORTELLLO E' STATO APERTO AL PUBBLICO NELLE GIORNATE DI:

_____	DALLE ORE _____ ALLE ORE _____
_____	DALLE ORE _____ ALLE ORE _____
_____	DALLE ORE _____ ALLE ORE _____

PER COMPLESSIVE ORE ANNUALI _____

3) PERSONALE:

N. PERSONE IMPIEGATE: _____ PER UN MONTE ORE TOTALE SETTIMANALE DI _____ ORE

PER UN MONTE ORE TOTALE ANNUALE DI _____ ORE

SPECIFICARE PER CIASCUNA PERSONA IL TIPO DI RAPPORTO (contratto a tempo indeterminato, a tempo determinato, a titolo gratuito, ...):

4) SERVIZI OFFERTI DALLO SPORTELLLO AL PUBBLICO:

5) CORSI DI FORMAZIONE ORGANIZZATI N. ____ * PER UN TOTALE DI N. ORE ____

SPECIFICARE (destinatari, argomento) _____

* non vanno conteggiati i corsi finanziati dai contributi di cui all'art. 2 c. lett. b) e d) della LR 19/2010 e quelli rivolti al personale operante nello sportello

6) ALTRE ATTIVITA' SVOLTE (per es: organizzazione iniziative di sensibilizzazione, partecipazione a iniziative in qualità di relatori degli operatori dello sportello, ...):

7) ATTIVITA':

a) N. CONTATTI ____ (Se un utente si è rivolto più volte allo sportello vanno conteggiate tutte le volte)

N. PERSONE CHE HANNO CONTATTATO LO SPORTELLLO: ____

TIPOLOGIA DI PERSONE CHE SI SONO RIVOLTE ALLO SPORTELLLO:

a) POTENZIALI BENEFICIARI: _____

b) FAMILIARI DI POTENZIALI BENEFICIARI: _____

c) CONVIVENTI DI POTENZIALI BENEFICIARI: _____

d) AMICI O CONOSCENTI DI POTENZIALI BENEFICIARI: _____

e) ADS _____ (di cui _____ persone già rilevate
nelle voci a) b) c) d), f) a seguito di nomina in corso
d'anno)

f) ALTRO (ad esclusione dei servizi sociali, specificare): _____

TIPOLOGIA DELLE RICHIESTE**:

- a) INFORMAZIONI GENERICHE: _____
- b) ASSISTENZA NEL RICORSO PER LA NOMINA
DELL'ADS: _____
- c) ASSISTENZA SU PROBLEMATICHE INERENTI LO
SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI DI ADS: _____
- d) ASSISTENZA PER LA PRESENTAZIONE DEL
RENDICONTO: _____
- e) ALTRO(specificare): _____

** È possibile indicare più di una voce per singolo contatto

b) N. CONTATTI SERVIZI SOCIALI _____ PER N. _____ UTENTI

TIPOLOGIA DELLE RICHIESTE

- a) ASSISTENZA NEL RICORSO PER LA NOMINA
DELL'ADS: _____
- b) ALTRO(specificare): _____

** È possibile indicare più di una voce per singolo contatto

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: DE CANDIDO AMBRA
CODICE FISCALE: DCNMBR60M67L424P
DATA FIRMA: 10/09/2020 17:28:16
IMPRONTA: D6415662890BF6E50F6AB02D93FBCBC6374349ABB42966D4413E1BDBD060E613
374349ABB42966D4413E1BDBD060E613F24B3BACECF10266910C4E3B5C0A02BC
F24B3BACECF10266910C4E3B5C0A02BC5501E367DAF756670F576AF9A7303569
5501E367DAF756670F576AF9A730356996E076D2CBE9E4BE6A75023853546E99

NOME: DE CANDIDO AMBRA
CODICE FISCALE: DCNMBR60M67L424P
DATA FIRMA: 10/09/2020 17:31:13
IMPRONTA: 91EE2A5AC132541F8B0011C60C3B7844C89C1249AB244989044FFF50C0F5589A
C89C1249AB244989044FFF50C0F5589A04F9DAA9510DAF247F02BB00BB9ACF0B
04F9DAA9510DAF247F02BB00BB9ACF0B911EADC7E869BCA5731F4C07EB0F325E
911EADC7E869BCA5731F4C07EB0F325EEBF824645C641985FAF27A27B6D897B3