

SFA

Scheda di rendicontazione Fondo Sociale Regionale 2026 - Consuntivo anno 2025

Servizio SFA sperimentale minori:

- ☐ Si
☐ No

1) Identificazione della Struttura:

Denominazione: _____

Via _____

Comune _____ Prov. _____ Cap. _____

Tel. _____ E-mail: _____

2) Identificazione Ente Gestore:

Denominazione: _____

Via _____

Comune _____ Prov. _____ Cap. _____

Tel. _____ E-mail: _____

C.F./P. IVA _____

Tel. _____ E-mail: _____

PEC: _____

Compilatore (cognome e nome): _____

Qualifica: _____

Tel. _____ E-mail: _____

Natura giuridica dell'Ente Gestore

o Pubblica

- ☐ Comune
☐ Consorzio di Comuni
☐ Provincia
☐ ATS/ASST
☐ Azienda Speciale Consortile
☐ _____

Modalità di Gestione Prevalente

- ☐ Diretta/Economia
☐ Tramite convenzione
☐ Tutte le prestazioni
☐ Parte delle prestazioni (specificare _____ ente _____)

- ☐ Tramite procedura di Evidenza Pubblica (appalto, ecc)
- ☐ Tutte le prestazioni
- ☐ Parte delle prestazioni (specificare) _____)
- ☐ Altro (specificare) _____

Nel caso di convenzione (denominazione dell'Ente con cui esiste una convenzione):

È stata fatta richiesta di trasformazione in C.S.E.

- ☐ Sì in data _____
- ☐ No

○ **Privata**

- ☐ Ente Religioso
- ☐ Fondazione
- ☐ Associazione
- ☐ Associazione Volontariato
- ☐ Associazione famiglia utenti
- ☐ Associazione solidarietà familiare iscritta nel registro regionale delle associazioni di solidarietà regionale (Valido per NF)
- ☐ Associazione di promozione
- ☐ Cooperativa Sociale
- ☐ Cooperativa
- ☐ Impresa
- ☐ Singola Famiglia (valida per COMF)
- ☐ Società cooperativa a responsabilità limitata
- ☐ Società cooperativa a solidarietà sociale
- ☐ Società commerciale
- ☐ Società per azioni a totale capitale pubblico
- ☐ Società di servizi
- ☐ Impresa individuale
- ☐ Ente morale di Diritto Privato
- ☐ Ente Ecclesiastico

3) Autorizzazione al funzionamento / DIA / comunicazione preventiva

L'ente gestore è in possesso dell'autorizzazione al funzionamento / Dichiarazione di inizio attività / Comunicazione Preventiva di esercizio

- ☐ Sì
- ☐ No

N° POSTI PER I QUALI E' STATA FATTA LA RICHIESTA _____

A seguito della domanda presentata dall'Ente Gestore la struttura risulta possedere:

- ☐ Autorizzazione con provvedimento (che si allega in copia) n. _____ del _____
- ☐ Dichiarazione di inizio Attività (che si allega in copia) del _____
- ☐ Comunicazione preventiva di esercizio (che si allega in copia) del _____

4) Capacità operativa

Capienza strutturale posti n° _____
(va indicato il numero dei posti autorizzati)

Presenza in lista di attesa durante l'anno: SI ☐ NO ☐

N° domande in lista di attesa non soddisfatte nell'anno 2025 _____

N° totale degli iscritti nell'anno 2025 _____

(rilevabile dall'elenco degli ammessi alla frequenza e che hanno pagato la retta dall'01.01.2025 al 31.12.2025)

5) Modalità di Funzionamento

Allegare **relazione** relativa agli sviluppi intervenuti rispetto alla progettazione iniziale ed il grado di avvicinamento all'obiettivo finale.

Tale relazione deve precisare:

1. Declinazione degli obiettivi che sono stati raggiunti nel corso dell'anno.
2. Descrizione della programmazione individualizzata e grado di condivisione da parte della persona disabile, nonché eventuale ridefinizione per il conseguimento degli obiettivi.
3. Eventuale rideterminazione delle attività a seguito riassetto dei programmi individualizzati.
4. Esplicitazione degli eventuali nodi critici incontrati nel perseguimento degli obiettivi.
5. Descrizione puntuale delle strategie messe in atto per realizzare l'integrazione sociale.

Numero ore di apertura giornaliera: _____

Numero settimane annue di apertura: _____

MODALITA' DI AMMISSIONE:

Chi propone l'ammissione delle persone disabili al servizio: _____

Chi predispose il programma personalizzato e mirato per ogni persona disabile: _____

Alla famiglia viene chiesta la condivisione del progetto individuale: SI NO

La famiglia viene coinvolta nella realizzazione del servizio: SI NO
(se SI specificare come _____)

n. nuovi ingressi nel corso del 2025

n. dimissioni effettuate nel corso del 2025

n. domande giacenti, in lista d'attesa, alla data del 31.12.2025

n. utenti anno 2025 di cui a tempo parziale

totale ore di frequenza dell'utenza

Caratteristiche dell'utenza (ogni numero progressivo corrisponde ad un utente)

	Tipologia utente			N° ore settimanali	N° settimane nell' anno	Data di arrivo nella C.A. mese/anno	
	Disabilità	Sesso					Età
		M	F				
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
TOT.							

6) Personale operante nel servizio nell'anno di rendicontazione

	FIGURE PROFESSIONALI	N. ADDETTI (vedi nota 1)	N. ORE ANNUE (vedi note 2 - 3)
	RESPONSABILE		
Personale retribuito	TECNICO LAUREATO		
	ASSISTENTE SOCIALE		
	PERSONALE EDUCATIVO		
	ASA		
	PERSONALE SANITARIO		
	ALTRO PERSONALE		
Personale non retribuito	VOLONTARI		
	SERVIZIO CIVILE		
	TOTALE	0	0

1. Il personale religioso che non percepisce alcun compenso è da indicare nella colonna volontariato

2. Indicare le ore prestate nel servizio rendicontato o nel caso di volontari /servizio civile quelle previste. Nel caso di dipendenti che oltre alle ore retribuite rendono anche ore di volontariato, vanno compilate entrambe le colonne, indicando in tal modo i due dati separatamente.

3. Per "effettive" si intendono le ore rese nel servizio rendicontato al netto di periodi di malattia, ferie, etc. ma comprensivo di eventuali straordinari

7) Consuntivo Riferito al Periodo

Dal

				2	0	2	5
--	--	--	--	---	---	---	---

g g m m

Al

				2	0	2	5
--	--	--	--	---	---	---	---

g g m m

- Nel caso di una o più unità di offerta gestite da un unico Ente, spese ed entrate vanno possibilmente elencate per singola unità di offerta. Qualora ciò non fosse possibile, disaggregare in modo proporzionale al numero degli utenti.
- Vanno indicate tutte e solo le entrate e le spese riferite alla gestione 2025 delle singole unità di offerta (e non riferite al bilancio generale dell'Ente Gestore): pertanto nel caso in cui le diverse voci di spesa corrente (personale, vitto, altro) afferiscono a capitoli generali di bilancio dell'Ente Gestore, esse devono essere scorporate.

USCITE

PERSONALE	COSTO ANNUO
RESPONSABILE	
TECNICI LAUREATI	
ASSISTENTI SOCIALI	
PERSONALE EDUCATIVO	
ASA	
ALTRO PERSONALE	
TOTALE	

ALTRE SPESE	COSTO ANNUO
PASTI	
LAVANDERIA	
PULIZIA	
TRASPORTO	
MATERIALI DI CONSUMO	
PICCOLE ATTREZZATURE	
ALTRE SPESE GENERALI	
TOTALE	

TOTALE COMPLESSIVO USCITE € _____**ENTRATE**

RETTE:	COSTO ANNUO
TOTALE RETTE	
TOTALE CONTRIBUTI DA ENTI PUBBLICI	
ALTRE TIPOLOGIE ENTRATE	
TOTALE	

TOTALE COMPLESSIVO ENTRATE € _____

Retta minima € _____ Retta Massima € _____

Luogo e data _____

timbro e firma
