

LOTTO 1

MODULO PER LA PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

Sezione A

<p>AMBIENTI E SPAZI UTILIZZATI. (vedi art. 7 del capitolato speciale) indicare gli ambienti e spazi utilizzati e loro organizzazione.</p>	
<p>ATTIVITA' ITINERANTI - sede/punto di incontro Indicare la sede oppure il punto di incontro per le attività itineranti.</p>	
<p>PERIODO data di inizio e fine Indicare gg/mm/aa</p>	
<p>NUMERO DI TURNI PROPOSTI (Turni da minimo 3 gg consecutivi – massimo 7 gg consecutivi).</p>	
<p>DURATA DEL TURNO Indicare il numero dei giorni.</p>	
<p>TIPOLOGIA TURNO Specificare se standard (attività uguali per ogni turno) o distinti (attività diversificate per ogni turno).</p>	
<p>ORARIO GIORNALIERO Indicare l'orario di inizio e fine attività con distinzione dei tempi di effettiva apertura all'utenza e di quelli precedenti e successivi previsti per la predisposizione quotidiana del servizio e per il suo riordino dopo la conclusione delle attività programmate.</p>	
<p>SERVIZIO guardarie / assistenza Indicare l'orario e la sede.</p>	
<p>BAMBINI partecipanti a turno n° minimo – n° massimo indicare il numero dei bambini o degli adolescenti accolti.</p>	
<p>BAMBINI – suddivisione in gruppi Specificare gruppo omogeneo o eterogeneo per fasce d'età indicare rapporto numerico previsto per fascia di età (un operatore ogni xx bambini)</p>	
<p>FASCIA d'età partecipanti Indicare scuola frequentata (infanzia – primaria – secondaria 1° - 2° grado) Indicare anni di nascita.</p>	
<p>ACCOGLIENZA MINORI DISABILI Indicare le specifiche modalità previste nel caso di accoglienza di bambini ed adolescenti con disabilità o provenienti da contesti familiari caratterizzati da fragilità, identificando le modalità di consultazione dei servizi sociosanitari al fine di concordare le forme di individualizzazione del progetto di attività da proporre e realizzare;</p>	

<p>SERVIZIO mensa Indicare SI se previsto dal progetto NO se a carico dei genitori. In caso positivo specificare DOVE viene erogato e la tipologia di pasto proposto (piatto unico o pasto completo primo secondo contorno frutta).</p>	
<p>SERVIZIO merenda mattino/pomeriggio Indicare SI se previsto e specificare DOVE viene erogato e QUANDO se mattino e/o pomeriggio.</p>	
<p>SERVIZIO trasporto Verso la sede/punto di incontro (indicare SI/NO) Indicare le specifiche modalità previste per l'eventuale utilizzo di mezzi per il trasporto dei bambini ed adolescenti, con particolare riguardo alle modalità con cui verrà garantita l'accompagnamento a bordo da parte di figura adulta.</p>	
<p>SERVIZIO trasporto per attività itineranti Indicare SI se previsto e COME è svolto. Indicare le specifiche modalità previste per l'eventuale utilizzo di mezzi per il trasporto dei bambini ed adolescenti, con particolare riguardo alle modalità con cui verrà garantita l'accompagnamento a bordo da parte di figura adulta.</p>	
<p>RECAPITI referente del progetto /coordinatore Cognome Nome - Telefono - mail di riferimento</p>	



LOTTO 1

MODULO PER LA PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

Sezione B

COORDINATORE
Nominativo:
(esperienze professionali di coordinamento di servizi destinati a minori nel rispetto delle disposizioni indicate nel disciplinare - articolo 9 lotto 1 - lettera C - caratteristiche professionali del personale)
OPERATORI / COLLABORATORI/ALLENATORI
(specificare nominativo e esperienze professionali nella gestione di servizi destinati a minori nel rispetto delle disposizioni indicate nel disciplinare - articolo 9 lotto 1 - lettera C - caratteristiche professionali del personale)

In riferimento a quanto stabilito nei punti 8 e 11 delle linee guida per la gestione dei centri estivi si chiede di illustrare le modalità previste per la verifica della condizione di salute del personale impiegato, attraverso dichiarazioni e certificazioni da identificare in accordo con le competenti autorità sanitarie locali nonché la verifica quotidiana delle condizioni di salute delle persone che accedono all'area e del regolare utilizzo delle mascherine

LOTTO 1 - Sezione C

A	B	C =(A*B)
IMPORTO PRO-CAPITE GIORNALIERO (O PER MEZZA/GIORNATA) (IVA INCLUSA)	NUMERO GIORNI DEL TURNO	IMPORTO PRO-CAPITE A TURNO (IVA INCLUSA)
€ _____ (in cifre)		€ _____ (in cifre)

Firma del partecipante