

SERVIZIO DI IGIENE CURA

CARTA DEI SERVIZI MIGLIORATIVI OFFERTI DALL'Ente
(specificare il nominativo completo)

Sede legale sita in _____

Tel/fax _____

e-mail/ PEC (obbligatorio)

Legale rappresentante _____

1) Ubicazione degli uffici e delle sedi operative con l'indicazione degli orari di apertura e di chiusura (Max 4 righe)

2) Descrizione sommaria dell'esperienza maturata nel servizio di riferimento ovvero nell'area di intervento (assistenza al disabile) (Max 8 righe)

3) Certificazione di qualità aziendale nel campo dei servizi sociali eventualmente posseduta ed in corso di validità

4) Descrizione dei servizi migliorativi ed aggiuntivi offerti gratuitamente nelle ore pomeridiane:

Per ogni attività proposta specificare:

a) Descrizione sintetica (max 2 righe):

b) Operatori impiegati:

Numero e qualifica

Prima dell'inizio delle attività migliorative, l'Ente accreditato presenterà al Distretto un piano d'interventi in cui sarà indicato il giorno, il luogo, l'ora dell'attività proposta, al fine di consentire agli organi preposti il monitoraggio e la valutazione dell'intervento.

Data

Firma del Legale rappresentante

Avvertenze

N.B. : Il punto n. 4 deve essere compilato per ciascun servizio offerto.