

ALL. A 2

SERVIZIO DI (specificare il servizio a cui si riferisce la carta) _____

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 all'handicap) (Max 2 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 (non meno di ore 2 mensili) con riferimento esclusivo a prestazioni aggiuntive a cura dell'operatore OSS

Per ogni attività proposta specificare:

Descrizione sintetica (max 2 righe):

Data

Firma del Legale rappresentante

Avvertenze

- N.B. : Nel caso di più servizi migliorativi ed aggiuntivi, il punto n. 4 deve essere compilato per ciascun servizio offerto.