

## 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.