**ALLEGATO A) *Scheda descrittiva***

**POTENZIAMENTO DEI CENTRI ESTIVI DIURNI, DEI SERVIZI SOCIO EDUCATIVI TERRITORIALI E DEI CENTRI CON FUNZIONE EDUCATIVA E RICREATIVA DESTINATI ALLE ATTIVITÀ DI BAMBINI E ADOLESCENTI**

**RICHIESTA CONTRIBUTO AI SENSI DELL’ ART 105 DEL D.L. 34/2020**

ENTE GESTORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA INIZIO ATTIVITA’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA PREVISTA PER FINE ATTIVITA’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA PRESENTAZIONE DEL PROGETTO AI SENSI DELL’ALLEGATO 8 DELLE LINEE GUIDA DCPM 11/06/2020 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO COMPLESSIVO MINORI ISCRITTI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TARIFFA APPLICATA PER MINORE

(Specificare le eventuali differenze per i diversi periodi di attività) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERI OPERATORI REGOLARMENTE ASSUNTI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO OPERATORI ASSUNTI IN AGGIUNTA A QUELLI INDICATI NELL’ALLEGATO N. 8 DEL DCPM 11/06/2020 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BREVE ILLUSTRAZIONE DELL’AREA DI ENTRATA ED USCITA DEI MINORI DAL CENTRO ESTIVO

NEL CENTRO E’ STATA ISTITUITA UN’AREA IDONEA PER LA CONSUMAZIONE DEI PASTI?

( SI/NO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se SI, illustrarne brevemente le caratteristiche (descrizione spazio ed eventuale caratteristica del menù)

NEL CENTRO E’ STATO PREDISPOSTO UN SERVIZIO TRASPORTO? (SI/NO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se SI, illustrarne brevemente le caratteristiche (Frequenza, modalità, caratteristiche, ecc.)

NEL CENTRO SONO STATE ATTIVATE, O SONO PREVISTE, FORME DI DIVULGAZIONE IN MATERIA DI PREVENZIONE SANITARIA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DA COVID 19?

(SI/NO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se SI, illustrare brevemente le modalità utilizzate (ad es. diffusione di opuscoli, incontri con esperti, incontri con le famiglie, ecc.)

NEL CENTRO SONO STATE ATTIVATE, **A PARITA’ DI TARIFFA**, ATTIVITÀ EXTRA DI SOSTEGNO NEI CONFRONTI DELLE FAMIGLIE? (SI/NO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se SI, illustrare brevemente i servizi offerti (Ad es. orario elastico, consegna di materiale ad uso esclusivo del minore o qualsiasi altro servizio in rapporto ad esigenze famigliari specifiche)

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il legale rappresentante dell’Ente gestore

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NB: Con la partecipazione al presente avviso i sig Gestori del Centro estivo autorizzano il sopralluogo presso la propria struttura da parte dei componenti della commissione di valutazione per la verifica di quanto dichiarato attraverso il presente modulo.