



In allegato alla domanda di

Codice fiscale

Ufficio destinatario

## Scheda anagrafica allegata domanda di iscrizione all'albo di soggetti idonei alla realizzazione di interventi a favore di persone con disabilità

### La/Il sottoscritta/o

Cognome	Nome	Codice Fiscale

### Sede operativa

la sede operativa non coincide con la sede legale (*selezionare la casella*)

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP
Telefono soggetto giuridico		Posta elettronica	Posta elettronica certificata soggetto giuridico	

### Sito web e orari di apertura

Sito web	Orari di apertura

## Interventi (*Selezionare gli interventi per i quali si richiede l'accreditamento*)

1. Interventi/Servizi a favore di persone non autosufficienti

Assistenza domiciliare di base

Descrizione attività	Operatore coinvolto	Costo unitario

Interventi educativi a favore di persone adulte con disabilità o non autosufficienti in contesti socializzanti (fuori dal domicilio)

Descrizione attività	Operatore coinvolto	Costo unitario

Altro (*specificare*)

Descrizione attività	Operatore coinvolto	Costo unitario

il numero totale del personale operante alla data di presentazione della domanda di iscrizione all'Albo per l'intervento/servizio è:

Cognome e Nome	Titolo di studio	Monte ore	Qualifica	Contratto applicato



**3. Interventi/Servizi a sostegno di progetti "Dopo di Noi"**

Voucher Autonomia

Descrizione attività	Operatore coinvolto	Costo unitario

Voucher "Durante noi"

Descrizione attività	Operatore coinvolto	Costo unitario

Sostegno residenzialità

Descrizione attività	Operatore coinvolto	Costo unitario

Gruppi appartamento - Co-housing - Comunità Alloggio sociali

Denominazione residenza abitativa	Indirizzo	Support manager	Data inizio

il numero totale del personale operante alla data di presentazione della domanda di iscrizione all'Albo per l'intervento/servizio è:

Cognome e Nome	Titolo di studio	Monte ore	Qualifica	Contratto applicato

**4. Interventi/Servizi a sostegno di progetti di vita indipendente e inclusione sociale**

Abitare in autonomia

Descrizione attività	Operatore coinvolto	Costo unitario

Inclusione sociale e relazionale

Descrizione attività	Operatore coinvolto	Costo unitario

Trasporto sociale

Descrizione attività

Operatore coinvolto

Costo unitario

Domotica

Descrizione attività

Operatore coinvolto

Costo unitario

Azioni di sistema

Descrizione attività

Operatore coinvolto

Costo unitario

Altro (Specificare)

Descrizione attività

Operatore coinvolto

Costo unitario

il numero totale del personale operante alla data di presentazione della domanda di iscrizione all'Albo per l'intervento/servizio è:

Cognome e Nome

Titolo di studio

Monte ore

Qualifica

Contratto applicato

Bergamo

Luogo

Data

Il dichiarante