REGIONE DEL VENETO
Direzione Regionale per i Servizi Sociali

SCHEDA TIPOLOGICA DELLE UNITA' DI OFFERTA

INDICARE LA TIPOLOGIA DELL' UNITA' DI OFFERTA DI CUI SI CHIEDE L'ISCRIZIONE ALL'ALBO*:

- va compilata una scheda tipologica per ogni unità di offerta di cui si chiede l'iscrizione all'Albo; pertanto va indicata, sulla riga soprastante, un solo servizio fra quelli di seguito riportati:

☐ Servizio di Pronta Accoglienza

☐ Servizio Semiresidenziale

☐ Servizio Residenziale di tipo A (di base)

☐ Servizio Residenziale di tipo B (intensivo)

☐ Servizio Residenziale di tipo C (specialistico)

☐ Servizio Residenziale di tipo C1 (madri tossicodipendenti con figli minori)

☐ Servizio Residenziale di tipo C2 (tossicodipendenti minori)

1

Ente Gestore

Indirizzo e n. tel. **Fax** **email**

Rappresentante legale

2

Natura giuridica dell'Ente Gestore

Privata ☐ **Pubblica** ☐

Specificare: Fondazione ☐ **Cooperativa** ☐ **Ass.con personalità giuridica** ☐ **Ass. di fatto** ☐

Az.ULSS ☐ _____ **Altro (indicare):** _____

3 **Ente già iscritto all'Albo Regionale D.G.R. 246 - 28.01.1997**

SI **NO**

Se si n. di iscrizione: **cat. :**

4 **Unità di Offerta: indicare la sede o sedi (se la metodologia adottata prevede più fasi in sedi diverse) , eventuale denominazione, indirizzo.**

Denominazione
Indirizzo
Tel. **Fax** **e-mail**
Capienza massima **Capienza media**

Denominazione
Indirizzo
Tel. **Fax** **e-mail**
Capienza massima **Capienza media**

5 **La struttura, sede del servizio, ha idoneità strutturale per il seguente numero di posti:**
Indicare il numero di posti di cui si chiede l'autorizzazione al funzionamento:
Indicare il numero di posti di cui si chiede l'accreditamento:

6 **Per le Unità di Offerta Semiresidenziali indicare l'orario di funzionamento:**

Giorni	Ore
Lunedì	
Martedì	
Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	
Sabato	
Domenica	

7 **L'Unità di Offerta svolge attività di formazione professionale per gli utenti? (indicare solo l'ultimo anno)**

SI ☐ **NO** ☐

Se si: **In proprio** ☐ **Si avvale di agenzie o personale esterno** ☐

Se si: **Sostiene dei costi (documentabili) per lo svolgimento di tali attività?** **Si** ☐ **No** ☐

Se si: **La struttura si è avvalsa di appositi finanziamenti?** **Si** ☐ **No** ☐

Da quali enti?

Ministero del lavoro ☐
Regione Veneto ☐
Provincia ☐
Comune ☐
U.L.S.S. ☐
Contributi privati ☐
Altri (indicare) : _____

In quale ambito ha svolto o svolge l'attività di formazione professionale?

Agricolo ☐
Artigianale ☐
Artistico ☐
Industriale ☐
Commerciale ☐
Altri (indicare) : _____

8 **L'Unità di Offerta ha attuato o intende attuare dei corsi statali sperimentali di scuola media come previsto dall'art. 105 comma 6 del T.U. n.309/1990?**

SI ☐ **NO** ☐

9 **L'Unità di Offerta ha centri occupazionali distaccati, ma facenti parte della stessa (es. laboratori, ateliers etc.) dove gli utenti si recano per il reinserimento lavorativo?**

SI ☐ **NO** ☐

In caso affermativo indicare:

Denominazione **indiriz. e n. tel.:**

10 **L'Unità di Offerta ha stipulato convenzioni per attività diverse dal programma terapeutico:**

Regione ☐
Provincia ☐
Comune ☐
U.L.S.S. ☐
Altri (indicare):

_____

11 **L'Unità di Offerta riceve sovvenzioni da:**

Ministero dell'Interno	☐	**Regione**	☐
Ministero del Lavoro	☐	**Provincia**	☐
Ministero dei Lavori Pubblici	☐	**Comune**	☐
Ministero di Giustizia	☐	**U.L.L.S.S.**	☐

Altro : _____

(indicare a fianco gli importi delle sovvenzioni ricevute nel corso del precedente anno)

12 **L'Unità di Offerta accoglie o tratta altro tipo di utenza, oltre i tossicodipendenti e alcoldipendenti:**

☐ **Soggetti portatori di disagio psichico, non assuntori di droga**

☐ **Portatori di hadicap**

☐ **Altri (specificare) :**

_____

13 **L'Unità di Offerta è individuata dal Ministero di Giustizia per l'affidamento di imputati tossicodipendenti?**

SI ☐ **NO** ☐

14 **Territorio in cui la struttura opera:**

☐ **Centro urbano**

☐ **Piccolo centro urbano**

☐ **Rurale o lontano da centri abitati**

15 **L'Unità di Offerta è impostata per accogliere prevalentemente soggetti provenienti da:**

☐ **Ambito territoriale U.L.S.S.**

☐ **Regione**

☐ **Italia**

☐ **Estero**

16 **L'Unità di Offerta intrattiene rapporti di collaborazione con:**

☐ **Servizi (Sert)**

☐ **Altre comunità o centri di assistenza per tossicodipendenti**

☐ **Istituti penitenziari**

☐ **Altri (indicare):**

---

17 **L'Unità di Offerta ha in corso contratti per lo svolgimento di attività di produzione di beni e/o servizi?**

SI ☐ **NO** ☐

Se si, con:

☐ **Enti locali**

☐ **Aziende pubbliche**

☐ **Aziende private**

☐ **Privati**

Altri (indicare):
(indicare a fianco l'ammontare dei proventi derivanti dall'attività di produzione dei beni e/o servizi)

Se chi partecipa all'attività di produzione dei beni e/o servizi?
(indicare numero, qualifica, compiti e natura della produzione dei nei e/o servizi)

OPERATORI:

UTENTI:

18 **Elenco delle UU.LL.SS.SS. della Regione del Veneto con le quali la Struttura è convenzionata**

1	
2	

19 **Descrizione dei profili professionali dell'Unità di Offerta**

Unità di Offerta di PRONTA ACCOGLIENZA							
Tipologia Personale	Cognome Nome	Rapporto oper./utenti		Condizione lavorativa			Qualifica
			L.S.	Rapporto lav.	Monte Ore	L.S.	
Direttore			1/15			f.t.	
Psicologo			1/15			f.t.	
Psichiatra			1/15			p.t.	
Infermiere			1/15			p.t.	
Operatori			1/3			f.t.	
			1/3			f.t.	
			1/3			f.t.	
			1/3			f.t.	
			1/3			f.t.	
Amministrativo			1/15			p.t.	

Supervisore	Cognome Nome	Rapporto n. operatori	Frequenza Supervisione

Unità di Offerta di Servizio Semiresidenziale							
Tipologia Personale	Cognome Nome	Rapporto oper./utenti		Condizione lavorativa			Qualifica
			L.S.	rapporto	Monte Ore	L.S.	
Direttore			1/30			f.t.	
Psicologo			1/30			p.t.	
Psicoterapeuta			1/30			p.t.	
Operatori			1/7,5			f.t.	
			1/7,5			f.t.	
			1/7,5			f.t.	
			1/7,5			f.t.	
Amministrativo			1/30			f.t.	

Supervisore	Cognome Nome	Rapporto n. operatori	Frequenza Supervisione

Unità di Offerta di **Servizio Residenziale di tipo A (di Base)**							
Tipologia Personale	**Cognome Nome**	**Rapporto oper./utenti L.S.**		**Condizione lavorativa**			**Qualifica**
				rapporto	**Monte Ore L.S.**		
Direttore			**1/30**			**f.t.**	
Psicologo			**1/30**			**p.t.**	
Operatori			**1/7,5**			**f.t.**	
			1/7,5			**f.t.**	
			1/7,5			**f.t.**	
			1/7,5			**f.t.**	
Amministrativo			**1/30**			**f.t.**	

Supervisore	**Cognome Nome**	**Rapporto n. utenti**	**standard**	**Frequenza Supervisione**
			1/30	
Psichiatra	**Cognome e Nome**	**Rapporto n. operatori**		**Confermata disponibilità**
Infermiere	**Cognome e Nome**	**Rapporto n. operatori**		**Confermata disponibilità**

Unità di Offerta di **Servizio Residenziale di tipo B (Intensivo)**						
Tipologia Personale	**Cognome Nome**	**Rapporto oper./utenti L.S.**		**Condizione lavorativa**		**Qualifica**
				rapporto	**Monte ore L.S.**	
Direttore			**1/30**		**f.t.**	
Psicologo			**1/30**		**f.t.**	
Psicoterapeuta			**1/30**		**p.t.**	
Operatori			**1/5**		**f.t.**	
			1/5		**f.t.**	
			1/5		**f.t.**	
			1/5		**f.t.**	
			1/5		**f.t.**	
			1/5		**f.t.**	
Amministrativo			**1/30**		**f.t.**	

Supervisore	**Cognome Nome**	**Rapporto n. operatori**	**Frequenza Supervisione**
Psichiatra	**Cognome e Nome**	**Rapporto n. operatori**	**Confermata disponibilità**
Infermiere	**Cognome e Nome**	**Rapporto n. operatori**	**Confermata disponibilità**

Unità di Offerta di **Servizio Residenziale di tipo C (Specialistico)**							
Tipologia Personale	**Cognome Nome**	**Rapporto oper./utenti L.S.**		**Condizione lavorativa**			**Qualifica**
				rapporto	**Monte Ore L.S.**		
Direttore			**1/30**			**f.t.**	
Psicologo			**1/30**			**f.t.**	
Psicoterapeuta			**1/30**			**f.t.**	
			1/30			**f.t.**	
Psichiatra			**1/30**			**ore/ut.**	
Infermiere			**1/30**			**p.t.**	
Operatori			**1/5**			**f.t.**	
			1/5			**f.t.**	
			1/5			**f.t.**	
			1/5			**f.t.**	
			1/5			**f.t.**	
			1/5			**f.t.**	
Amministrativo			**1/30**			**f.t.**	
Supervisore	**Cognome Nome**	**Rapporto n. operatori**		**Frequenza Supervisione**			

Unità di Offerta di **Servizio Residenziale di tipo C1 (per madri tossicodipendenti e/o alcoldipendenti con figli)**							
Tipologia Personale	**Cognome Nome**	**Rapporto oper./utenti L.S.**		**Condizione lavorativa**			**Qualifica**
				rapporto	**Monte Ore L.S.**		
Direttore			**1/15**			**f.t.**	
Psicologo			**1/15**			**p.t.**	
Psicoterapeuta			**1/15**			**p.t.**	
Operatori			**1/3**			**f.t.**	
			1/3			**f.t.**	
			1/3			**f.t.**	
			1/3			**f.t.**	
			1/3			**f.t.**	
Amministrativo			**1/15**			**p.t.**	
Supervisore	**Cognome Nome**	**Rapporto n. operatori**		**Frequenza Supervisione**			
Psichiatra	**Cognome e Nome**	**Rapporto n. operatori**		**Confermata disponibilità**			
Infermiere	**Cognome e Nome**	**Rapporto n. operatori**		**Confermata disponibilità**			

Unità di Offerta di **Servizio Residenziale di tipo C2** (per minori tossicodipendenti e alcoldipendenti)							
Tipologia Personale	**Cognome Nome**	**Rapporto oper./utenti**		**Condizione lavorativa**			**Qualifica**
				rapporto	**Monte Ore**		
			L.S.			**L.S.**	
Direttore			**1/15**			**f.t.**	
Psicologo			**1/15**			**p.t.**	
Psicoterapeuta			**1/15**			**p.t.**	
Operatori			**1/3**			**f.t.**	
			1/3			**f.t.**	
			1/3			**f.t.**	
			1/3			**f.t.**	
			1/3			**f.t.**	
Amministrativo			**1/15**			**p.t.**	

Supervisore	**Cognome Nome**	**Rapporto n. operatori**	**Frequenza Supervisione**
Psichiatra	**Cognome e Nome**	**Rapporto n. operatori**	**Confermata disponibilità**
Infermiere	**Cognome e Nome**	**Rapporto n. operatori**	**Confermata disponibilità**

ALTRO PERSONALE impiegato nell'Unità di Offerta per cui si chiede l'iscrizione all'Albo				
Tipologia Personale	**Cognome Nome**	**Rapporto oper./utenti**	**Condizione lavorativa**	
			rapporto	**Monte Ore**

20 **L'unità di Offerta eroga i propri servizi in rete con altre unità di offerta partecipando alla realizzazione di interventi terapeutici riabilitativi o pedagogici riabilitati integrati ?**

SI ☐ **NO** ☐

Se si, quali?

RETE DELLE UNITÀ DI OFFERTA			
Ente Gestore	**Unità d'offerta**	**Categoria**	**Funzione all'interno della rete**

Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà

(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a…….
nato/a a…….…… il……..…
residente in …… Via …… n ……
in qualità di rappresentante legale dell'Ente Gestore:
……
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000,

dichiara

quanto segue:

- i dati e le informazioni riportate nella scheda tipologica, di cui la presente dichiarazione è parte integrante, costituiscono reale descrizione delle caratteristiche dell'unità di offerta di cui è chiesta l'iscrizione all'Albo regionale (D.G.R. n. 445 del 28 febbraio 2006 della Regione Veneto);

- tutte le attività ed azioni compiute presso l'unità di offerta rispettano i fondamentali diritti della persona ed escludono nelle diverse fasi dell'intervento forme di coercizione fisica, psichica e morale garantendo la volontarietà dell'accesso e della permanenza nella struttura con esclusione di interventi coattivi contrari allo spirito e alle norme dell'ordinamento, e finalizzata l'intervento al raggiungimento, da parte dei soggetti inseriti nella struttura, di uno stato di maturità e di autonomia;

Dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lsg. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data ……..

Firma ……

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1. **La documentazione attestante l'idoneità strutturale e funzionale può esser prodotta anche in forma di dichiarazione sostitutiva. Per gli enti gestori che già sono iscritti all'Albo (D.G.R. 246 del 28.01.1997) e che già hanno prodotto la documentazione necessaria per l'iscrizione all'Albo potranno chiedere di integrare alla domanda di iscrizione all'Albo in riferimento alla D.G.R. 445 del 28/2/2006 la documentazione necessaria e già in possesso della Regione.**
2. **Programma delle attività aggiornato.**

La Direzione Regionale per i Servizi Sociali si riserverà di richiedere ulteriori e più specifici documenti qualora lo ritenga necessario per il completamento della richiesta di iscrizione all'Albo