

Allegato B

SCHEDA INFORMATIVA DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE

DATA DI COMPILAZIONE _____

PARTE A – DATI GENERALI

A.1. Denominazione struttura: _____

A.2. Indirizzo:

A.2.1. Via, numero civico e CAP: _____

A.2.2 Città: _____

A.2.3. Provincia: _____

A.3. Telefono (reperibile h24): _____

COPIA CARTACEA DI ORIGINALE DIGITALE.

A.4. PEC e stampato il giorno 24/04/2026 da Scaletta Angela.

Riproduzione cartacea ai sensi del D.Lgs.82/2005 e successive modificazioni, di originale digitale.

A.5. E-mail: _____

A.6. Sito web: _____

A.7. Ente gestore: _____

A.8. Responsabile della struttura: _____

A.9. Autorizzazione al funzionamento/accreditamento:

A.9.1. Estremi atto (*numero/data/rilasciato da*): _____

A.9.2. Data di scadenza: _____

A.9.3. Tipologia struttura in base alla normativa regionale/comunale applicabile (*indicare specificamente anche gli estremi della normativa regionale/comunale applicabile*):

PARTE B – UTENZA

B.1. Posti residenziali complessivi (numero): _____

B.2. Sesso utenza: Maschile Femminile Mista

B.3. È prevista l'accoglienza di persone con problemi di abuso e dipendenza: SI NO

B.4. È prevista l'accoglienza di persone con disagio psicologico/psichiatrico: SI NO

B.5. È prevista l'accoglienza di gestanti e madri accompagnate da figli minori: SI NO

B.6. La struttura è ad alta autonomia (*sono assenti gli operatori durante la notte*): SI NO

PARTE C – CARATTERISTICHE STRUTTURALI

C.1. Tipologia abitativa:

Casa unifamiliare

Appartamento

Villa

Altro, *specificare* _____

C.2. Ubicazione:

Urbana centrale

Urbana periferica

Centro isolato

Casa isolata

C.3. Raggiungibile con mezzo di trasporto pubblico: SI NO

C.4. Spazi interni – Zona notturna:

C.4.1. N. Camere da letto singole: ____, Servizio igienico in camera SI NO

C.4.2. N. Camere da letto doppie: ____, Servizio igienico in camera SI NO

C.4.3. N. Camere da letto triple: ____, Servizio igienico in camera SI NO

C.4.4. N. Camere da letto quaduple: ____, Servizio igienico in camera SI NO

C.5. Spazi interni – Zona diurna (*specificare organizzazione e/o tipologia*):

Cucina _____

Sala da pranzo _____

Soggiorno _____

Servizi igienici _____

Dispensa _____

Lavanderia _____

Biblioteca _____

Locali per attività collettive _____

Locali polifunzionali _____

Laboratori _____

Ufficio operatori/responsabile _____

Spazi dedicati agli incontri con le famiglie _____

Altro, *specificare* _____

C.6. Zona notturna e zona diurna sono: contigue separate (stesso piano) separate (piani diversi)

C.7. Gli spazi interni sono usati solo dagli ospiti:

SI NO, *Specificare* _____

C.8. Spazi esterni (*specificare organizzazione e/o tipologia*):

Nessuno _____

Giardino _____

Cortile _____

Terrazza _____

Area attrezzata per attività ricreative _____

Area attrezzata per attività sportive _____

Area attrezzata per attività laboratoriali _____

Altro, *specificare* _____

C.9. Gli spazi esterni sono usati solo dagli ospiti:

SI NO, *Specificare* _____

PARTE D – PERSONALE E DIMENSIONE ORGANIZZATIVA

D.1. Personale in servizio:

Professionalità	Numero
Coordinatore/ Direttore tecnico	
Educatori	
Pedagogisti	
Assistenti sociali	
Psicologi	
Animatori	
Mediatori culturali	
Insegnanti	
Medici	
Psichiatri	
Infermieri	
Addetti alla cucina	
Addetti alle pulizie	
Personale amministrativo	
Altro, <i>specificare</i>	

D.2. Presenza degli operatori nelle varie fasce della giornata:

Fascia giornata	N. unità minime compresenti	Professionalità delle unità compresenti
Mattina		
Pomeriggio		
Sera		
Notte		
Festivi		

D.3. Sono presenti volontari e/o volontari del Servizio Civile?

NO SI, *Specificare mansioni assegnate*

PARTE E – ATTIVITÀ E RAPPORTI CON L'ESTERNO

E.1. Attività previste

Tipologia attività	Sede ¹	Eventuale soggetto partner ²	Destinata solo agli ospiti della struttura (SI/NO)

E.2. Sono previste tabelle dietetiche per i pasti?

E.3. Sono previsti regimi alimentari diversificati per esigenze di salute e/o religione?

E.4. Incontri con i familiari, *specificare frequenza e modalità:*

E.5. Sono previste modalità di raccordo e contatto con familiari lontani (es. residenti in altro Stato), *specificare:*

¹ Specificare sempre se l'attività è realizzata all'interno della struttura o all'esterno della struttura residenziale.

² Es. istituzioni scolastiche, associazioni di volontariato, enti accreditati per la formazione professionale, etc.

E.6. La struttura ha attivato un supporto specifico per le pratiche amministrative necessarie alle persone provenienti da altre nazioni (documenti, permessi di soggiorno, pratiche per l'ottenimento della cittadinanza)?

PARTE F – RETE DI COLLABORAZIONI

F.1. Descrivere la rete di collaborazioni con il territorio della struttura residenziale. Specificare le modalità di collaborazione (accordo scritto, prassi operativa, etc.) e i programmi di sviluppo. Indicare eventuale partecipazione e sostegno, anche economico, di soggetti pubblici e privati alla struttura residenziale. In relazione al Servizio Sanitario Nazionale, specificare procedure per visite ordinarie, emergenze sanitarie, assunzione terapie, conservazione farmaci, etc.

Comune e Servizi Territoriali	
Servizio Sanitario Nazionale (Medico di base, Ser.D., DSM, Consultorio, etc.)	
Istituzioni scolastiche	
Questura e Forze dell'Ordine	
Centro per l'Impiego ed Enti accreditati per la formazione professionale e per le politiche attive del lavoro	
Centri di aggregazione, associazioni sportive, associazioni culturali, etc.	
Associazioni di volontariato	
Altro	

PARTE G – STRUMENTI E METODOLOGIE DI INTERVENTO

G.1. La Carta dei Servizi è disponibile presso la struttura?

SI, *precisare anche in quali lingue è disponibile:* _____

NO

G.2. Il Regolamento interno è disponibile presso la struttura?

SI, *precisare anche in quali lingue è disponibile:* _____

NO

G.2.1. Quali aspetti della vita quotidiana regolamenta?

Orari

Comportamenti nei confronti degli altri ospiti

Comportamenti nei confronti degli operatori

Visite familiari

Cura della persona

Cura degli spazi personali e comuni

Procedure di richiesta per il soddisfacimento di esigenze e bisogni

Altro, *specificare* _____

G.3. Registri adottati:

G.3.1. Tipologia

Diario di bordo (registrazione eventi)

Diario consegne (comunicazioni di servizio tra operatori)

Registro presenze operatori

Registro presenze residenti

Registro visitatori esterni alla struttura (es. familiari, amici)

Altro, *specificare* _____

G.4. Documentazione dei residenti – fascicolo individuale: *specificare le modalità di tenuta, di aggiornamento, di consultazione e custodia, nonché le modalità volte ad assicurare la riservatezza:*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ in data _____,
(cod. fisc. _____), nella sua qualità di (barrare la voce che interessa):

Legale Rappresentante dell'Ente _____

oppure

Procuratore dell'Ente _____, giusta procura generale/speciale in data
_____ a rogito del notaio _____ Rep. _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, che fatti, stati e qualità riportati nella presente scheda informativa corrispondono a verità.

Data e firma del Legale Rappresentante/Procuratore