

DISTRETTO 4 ASL MI 2
FONDO SOCIALE REGIONALE 2010
RENDICONTO 2009

CENTRI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE

IDENTIFICAZIONE STRUTTURA

DENOMINAZIONE _____

VIA _____ N. _____ TEL _____

FAX _____ MAIL _____

COMUNE DI _____ PROV _____ CAP _____

IDENTIFICAZIONE ENTE GESTORE

DENOMINAZIONE _____

VIA _____ n. _____ TEL _____

FAX _____ MAIL _____

COMUNE DI _____ PROV _____ CAP _____

CODICE FISCALE _____

NATURA GIURICA ENTE GESTORE (SPECIFICARE): _____

CONVENZIONI:

CONVENZIONI IN ATTO (ANNO 2009) CON ENTI PUBBLICI: SI NO

SPECIFICARE CON QUALI ENTI PUBBLICI DEL DISTRETTO 4 MILANO
2: _____

AUTORIZZAZIONI E C.P.E.

per il Servizio specifico l'Ente Gestore e' in possesso dell'Autorizzazione al
Funzionamento? SI NO

se si, indicare:

n. atto :

data dell'autorizzazione:

se no, specificare motivo:

Se il Servizio è di recente apertura, l'Ente Gestore ha inoltrato al Comune di ubicazione del servizio la Comunicazione Preventiva di Esercizio? SI NO
se si, indicare comune di riferimento e data della C.P.E. _____

se no; specificare motivo:

LOCALIZZAZIONE CAG:

Il CAG si trova :

in sede autonoma

in sede destinata anche ad altre attività

Specificare quali:

il CAG opera anche in sedi distaccate:

SI NO

se si specificare quali:

Il CAG utilizza per alcune attività spazi diversi dalla propria

SI NO

Se si specificare quali:

MODALITA' DI FUNZIONAMENTO E ORGANIZZAZIONE

Mese e anno di inizio funzionamento CAG:

N. settimane di funzionamento nel corso del 2009:

Orario di apertura settimanale:

n. giorni di funzionamento settimanale:

n. totale ore di funzionamento settimanale:

di cui

n. ore con utenza:

n. ore programmazione, rete, attività indiretta:

n. aperture settimanali di mattina:

n. aperture settimanali di pomeriggio:

n. aperture settimanali di sera:

PROGETTO CAG

Progetto del CAG da Allegare

Descrivere gli obiettivi progettuali generali del Servizio:

Da chi vengono fissati gli obiettivi del servizio?:

Descrivere le funzioni principali scelte dagli operatori del servizio:

Descrivere i progetti integrativi realizzati nel corso del 2009:

MODALITA' OPERATIVE DEL CAG

Partecipazione alla rete territoriale dei CAG SI NO SALTUARIAMENTE

Strumenti:

rilevazione giornaliera dell'utenza SI NO

regolamento scritto per utenti (allegare copia) SI NO

quota di iscrizione al CAG SI NO

compartecipazione economica utenza alle attività del CAG SI NO

vengono attivate forme di promozione del servizio? SI NO

Se si, descriverle:

RAPPORTI CON ALTRI SERVIZI

Istituzioni scolastiche SI NO

Altri servizi per giovani adolescenti presenti sul territorio SI NO

Servizi ASL o Comunali SI NO

Altri CAG SI NO

Altre strutture per il tempo libero SI NO

(specificare)

UTENZA

Destinatari:

minori – giovani SI NO

minori con situazione di disagio conclamato SI NO

minori sottoposti a procedimento penale SI NO

minori in stato di fragilità SI NO

modalità di accesso al servizio

spontanea SI NO

segnalazione invio scuola SI NO

segnalazione invio servizi

SI NO

totale utenti che hanno frequentato abitualmente (almeno 2 volte settimana) il CAG:

SESSO	ETA'				TOTALI
	6 - 10	11 - 14	15 - 18	oltre (giovani)	
Maschi					
Femmine					
TOTALI					

Di cui:

n. soggetti a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria di tipo civile:

n. soggetti a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria di tipo penale:

n totale utenti che hanno usufruito saltuariamente del CAG nel corso del 2009:

n. utenti che hanno richiesto un intervento individualizzato:

PERSONALE

Figure professionali	Qualifica professionale/titolo di studio	Rapporto di collaborazione con l'Ente gestore	n. settimane contrattuali di presenza nell'anno	Totale ore anno di presenza effettiva al netto di malattie ferie ecc
<i>Nome e cognome</i>	Specificare per ogni figura professionale	dipendente Tempo pieno, dipendente part - time, volontario, incarico professionale		
Coordinatore responsabile				
Educatrici/educatori				
Addetti ai servizi				
totale				

CONSUNTIVO ANNO 2009**SPESE**

SPESE PERSONALE	
Dipendente	
Sostituzione	
Personale con rapporto professionale, a contratto, a convenzione	
SPESE PERSONALE MEDICO – PEDAGOGICO	
Dipendente	
Sostituzione	
Personale con rapporto professionale, a contratto, a convenzione	
TOTALE SPESE PERSONALE (A)	
SPESE GENERALI (escluse spese per affitto, mutui e spese straordinarie)	
Vitto	
Materiale di consumo per attività	
Manutenzione ordinaria	
Riscaldamento utenze varie	
TOTALE SPESE PERSONALE (B)	
TOTALE COMPLESSIVO (A+B)	

ENTRATE

ENTRATE RETTE UTENTI (C)	
ENTRATE DA COMUNI (D)	
ENTRATE FSR 2009 (E)	
ALTRE ENTRATE (SPECIFICARE) (F)	
TOTALE COMPLESSIVO (C+D+E+F)	

TOT SPESE 2009 AL NETTO DELLE ENTRATE	
----------------------------------------------	--

**VALUTAZIONE QUALITATIVA
CAG**

Indicatori Qualitativi		SI	NO
1	Esistenza di una guida all'utilizzo del servizio (allegare)		
2	Integrazione con i servizi per minori o altri servizi territoriali		
3	Lavoro di rete: rapporti documentabili		
4	Integrazione con ADM		
5	Lavoro con la scuola formalizzato		
6	Presenza di un coordinatore con un ruolo definito		
7	Aggiornamento professionale (allegare programma annuale)		
8	Scheda di iscrizione (presentazione di una scheda completa)		
9	Schede individuali (rilevazioni/valutazioni)		
10	utenza con disagio conclamato presentazione di una scheda riassuntiva sia quantitativa sia qualitativa (dati anagrafici, diagnosi, azioni prevalenti)		
11	Supervisioni periodiche su casi specifici (se si completare caselle sottostanti)		
	N. casi		
	Qualifica professionale del supervisore		
	Ente di appartenenza del supervisore		
	Monte ore complessivo		
16	Assetto organizzativo equipie		
	composizione	organizzazione	