

**DISTRETTO 4 ASL MI 2**  
**FONDO SOCIALE REGIONALE 2010**  
**RENDICONTO 2009**

**SERVIZI PRIMA INFANZIA**

- ASILIO NIDO
- NIDO AZIENDALE
- MICRONIDO
- NIDO FAMIGLIA
- CENTRO PER LA PRIMA INFANZIA

**IDENTIFICAZIONE STRUTTURA**

DENOMINAZIONE SERVIZIO \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

COMUNE DI \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Il Servizio è stato:

- costruito con concorso di contributi regionali
- costruito o adattato con finanziamenti autonomamente reperiti

**IDENTIFICAZIONE ENTE GESTORE**

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

VIA \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

COMUNE DI \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

NATURA GIURICA ENTE GESTORE (SPECIFICARE): \_\_\_\_\_

---

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

**SPECIFICARE CON QUALI ENTI PUBBLICI DEL DISTRETTO 4 asl MILANO 2:** \_\_\_\_\_

**RISERVA POSTI PREVISTA DA CONVENZIONE PER N. UTENTI:** \_\_\_\_\_

**(Allegare copia convenzione)**

---

### **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 e' 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 CPE \_\_\_\_\_

se no; specificare motivo:

---

### **CAPACITA' OPERATIVA STRUTTURA:**

capienza strutturale posti \_\_\_\_\_  
(come da autorizzazione al funzionamento o da CPE)

Capienza gestionale \_\_\_\_\_  
(utenti assistibili in rapporto alla dotazione di personale)

**RAPPORTI CON ALTRE UNITA'** (solo per strutture con capienza inferiore a 30 posti)

La struttura è situata nello stesso edificio di un'altra unità?  SI  NO  
Se si, specificare la natura dell'altra unità \_\_\_\_\_

La Struttura ha in comune servizi con altre unità (mensa lavanderia ecc)?

SI  NO

---

### **MODALITA' DI FUNZIONAMENTO:**

Entrata bambini: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Uscita bambini: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

---

Periodi di chiusura per ferie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E' consentito l'utilizzo della struttura in fasce orarie diverse da quelle previste per la generalità dei bambini?  SI  NO

Si Si, specificare le modalità attuative:

n. bambini che utilizzano orario part-time:

n. bambini che abitualmente utilizzano il servizio con orario flessibile:

l'orario part-time prevede abbattimento della retta di frequenza?

SI  NO

- Se si, in quale percentuale? \_\_\_\_\_

## ANALISI UTENZA

media dei bambini iscritti e presenti

Periodo di rilevazione	N. medio (2) di bambini iscritti nel periodo considerato			N. medio (2) di bambini presenti nel periodo considerato		
	meno di 1 anno	maggiori di 1 anno	totale	meno di 1 anno	maggiori di 1 anno	totale
GENNAIO	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
FEBBRAIO	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
MARZO	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
APRILE	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
MAGGIO	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
GIUGNO	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
LUGLIO	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
AGOSTO (3)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
SETTEMBRE	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
OTTOBRE	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
NOVEMBRE	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
DICEMBRE	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
TOTALE	—	—	—	—	—	—

Modalità di inserimento:     a gruppi             individuale

In periodi prestabiliti nell'anno (indicare quali):

ogni qualvolta si renda libero un posto

NOTE: (1) Per iscritti si intendono i bambini che pagano la retta e che hanno diritto di frequentare il nido. Fra gli iscritti vengono conteggiati i bambini in lista d'attesa.

(2) Il N.medio si ottiene sommando i bambini iscritti (o i bambini presenti) rilevati dal registro delle presenze, per ciascun giorno di effettiva apertura del nido e dividendo tale valore per il numero dei giorni di effettiva apertura.

(3) La media relativa al mese di agosto deve essere indicata solo nel caso in cui la struttura sia rimasta aperta all'utenza per un periodo superiore ai 15 giorni.

Durata media del periodo di inserimento nella struttura:

- 1 settimana
- 2 settimane
- + di due settimane

n. domande in lista d'attesa non soddisfatte durante l'anno 2009: \_\_\_\_\_

n. bambini provenienti da lista d'attesa inseriti nel corso del 2009: \_\_\_\_\_

durata media di attesa dall'iscrizione al momento dell'inserimento: \_\_\_\_\_

numero totale bambini iscritti nell'anno 2009: \_\_\_\_\_

- di cui maschi: \_\_\_\_\_
- di cui femmine: \_\_\_\_\_

---

## **NUCLEO FAMILIARE DI PROVENIENZA**

n. bambini conviventi con entrambi i genitori: \_\_\_\_\_

- i cui genitori lavorino entrambi: \_\_\_\_\_
- con un genitore non occupato: \_\_\_\_\_
- entrambi i genitori non occupati: \_\_\_\_\_

bambini conviventi con un solo genitore: \_\_\_\_\_

- con genitore separato/divorziato: \_\_\_\_\_
- con un solo genitore per altri motivi: \_\_\_\_\_

n. bambini disabili inseriti: \_\_\_\_\_

N. bambini stranieri inseriti: \_\_\_\_\_

Di cui extracomunitari: \_\_\_\_\_

n. bambini provenienti da altri Comuni:

- di cui con convenzione:
- di cui senza convenzione:

per i Nidi aziendali:

- n. bambini provenienti dal territorio:
- n. bambini figli di dipendenti dell'azienda:

## PERSONALE

<b>Figure professionali</b>	<b>Qualifica professionale/titolo di studio</b>	<b>Rapporto di collaborazione con l'Ente gestore</b>	<b>n. settimane contrattuali di presenza nell'anno</b>	<b>Totale ore anno di presenza effettiva al netto di malattie ferie ecc</b>
<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				
<b>totale</b>				

n. educatori part time: \_\_\_\_\_

n. educatori tempo pieno: \_\_\_\_\_  
di cui tempo spezzato: \_\_\_\_\_  
di cui tempo continuato: \_\_\_\_\_

---

## **PRESTAZIONI SANITARIE**

Agli utenti della struttura sono garantite prestazioni sanitarie da parte della ASL ?  SI  NO

Se si,

- Con oneri a carico dell'Ente gestore
  - Senza oneri a carico dell'Ente gestore
- 

## **RAPPORTI CON I SERVIZI DEL TERRITORIO**

Vengono svolte attività (pedagogiche, psico sociali, educative...) in collaborazione con altri servizi territoriali?  SI  NO

Se si,

specificare attività e enti coinvolti:

Comuni (descrivere servizi e collaborazioni):

Servizi ASL (descrivere servizi e collaborazioni):

Servizi dell'Azienda Ospedaliera (descrivere descrivere collaborazioni):

## CONSUNTIVO ANNO 2009

### SPESE

<b>SPESE PERSONALE</b>	
Dipendente	
Sostituzione	
Personale con rapporto professionale, a contratto, a convenzione	
<b>SPESE PERSONALE MEDICO - PEDAGOGICO</b>	
Dipendente	
Sostituzione	
Personale con rapporto professionale, a contratto, a convenzione	
<b>TOTALE SPESE PERSONALE (A)</b>	
<b>SPESE GENERALI</b> (escluse spese per affitto, mutui e spese straordinarie)	
Vitto	
Materiale didattico e giochi	
Manutenzione ordinaria	
Riscaldamento utenze varie	
<b>TOTALE SPESE PERSONALE (B)</b>	
<b>TOTALE COMPLESSIVO (A+B)</b>	

### ENTRATE

<b>ENTRATE RETTE UTENTI (C )</b>	
<b>ENTRATE DA COMUNI (D)</b>	
<b>ENTRATE FSR 2009 (E)</b>	
<b>ALTRE ENTRATE (SPECIFICARE) (F)</b>	
<b>TOTALE COMPLESSIVO (C+D+E+F)</b>	
<b>TOT SPESE 2009 AL NETTO DELLE ENTRATE</b>	



## VALUTAZIONE QUALITATIVA STRUTTURE PRIMA INFANZIA

### INDICATORI QUALITATIVI

REQUISITI	INDICATORI	SI	NO
ORGANIZZATIVI GENERALI	Carta dei servizi dell'ente che descriva tipologia delle prestazioni erogate, livelli di responsabilità e organizzazione del lavoro, gestione delle liste d'attesa, rispetto DGR		
	Materiale informativo per l'utente, regolamento per la frequenza		
GESTIONE PERSONALE	presenza di organigramma formalizzato in cui sono evidenziati i livelli di responsabilità ed è individuata la figura di coordinatore tecnico		
	Personale tecnico opportunamente qualificato, in possesso del titolo specifico		
	Piano di formazione annuale /aggiornamento periodico del personale		
QUALITÀ DELLA GESTIONE	Il gestore è dotato di una procedura scritta per l'inserimento		
	E' esplicitata la modalità di verifica periodica del servizio		
	E' prevista una modalità di verifica della soddisfazione degli utenti		
STRUTTURALI SPECIFICI	Spazio esterno (piantumato)		
	Spazio esclusivo per lattanti		
GESTIONE DELL'ATTIVITA'	Il gestore si è dotato di un documento che descrive le modalità di elaborazione del Progetto educativo		
	Il gestore registra gli eventi significativi in apposita scheda/fascicolo per utente		