

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

**Servizio Inserimenti Lavorativi**

**IDENTIFICAZIONE DELLA STRUTTURA**

Denominazione \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_

---

**IDENTIFICAZIONE DELL'ENTE GESTORE**

Denominazione \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Natura giuridica dell'Ente Gestore: (specificare)

\_\_\_\_\_

Rapporto con Ente Pubblico

- CONVENZIONATO CON COMUNE /I  
 NON CONVENZIONATO  
 ALTRO
- 

**FUNZIONAMENTO**

Periodo annuale di apertura del SIL : dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Orario settimanale del servizio:

n. ore settimanali di lavoro con utenza:

n. ore settimanali di attività indiretta:

Descrivere la modalità di invio dell'utenza al Servizio:

\_\_\_\_\_

---

## Utenza

	Utente/iniziali	Comune Residenza utente	Invalidit à Si/No	assunzione	Borsa lavoro (B)/tirocinio (T)	Passaggio da T/B a ASSUNZIONE	Nuovi ingressi 2009
			<i>Specificar e tipologia disagio *</i>	<i>Data avvio e luogo</i>	<i>Data avvio e luogo</i>	<i>Data avvio assunzione e luogo</i>	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							

In caso di numero maggiore di utenti aggiungere righe alla tabella, numerandole

\* (1) Tipologia : D= Disabile; T = Tossicodipendente; C = Carcerato; P = Utente con patologia psichiatrica; E = Emarginato; EX = Extracomunitario; A = Alcolista; G = Giovani con problema di devianza.

**PERSONALE OPERANTE NEL SERVIZIO NELL'ANNO DI RENDICONTAZIONE**

<b>FIGURA PROFESSIONALE</b> (Nome e cognome)	<b>Qualifica professionale</b> (Specificare)	<b>Tipologia di contratto tra operatori e Ente Gestore</b>	<b>Media settimanale ore di servizio</b>	<b>Tot. ore di servizio nel periodo di funzionamento</b>
RESPONSABILE				
PERSONALE SOCIO- EDUCATIVO				
PERSONALE CLINICO				
ALTRO PERSONALE				

## RENDICONTO 2009

### SPESE

<b>SPESE PERSONALE (a)</b>	
Dipendente	
Sostituzione	
Personale con rapporto professionale, a contratto, a convenzione	
<b>SPESE PERSONALE MEDICO – PSICOLOGICO (B)</b>	
Dipendente	
Sostituzione	
Personale con rapporto professionale, a contratto, a convenzione	
<b>TOTALE SPESE PERSONALE (a+b)</b>	

### ENTRATE

<b>ENTRATE DA COMUNI (c)</b>	
<b>ENTRATE FSR 2009 (d)</b>	
<b>ALTRE ENTRATE (SPECIFICARE) (e)</b>	
<b>TOTALE COMPLESSIVO (C+D+E)</b>	

<b>TOT SPESE 2009 AL NETTO DELLE ENTRATE</b>	
--	--