|  |
| --- |
| Allegato n. 3) |

**SCHEDA DESCRITTIVA DELLA STRUTTURA**

*(****compilare una scheda per ogni Unità di offerta)***

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………………

in qualità di Legale rappresentante del soggetto gestore …………………………………………………..

dell’Unità di offerta:

**Tipologia:** *(****barrare una sola casella)***

* “Comunità educativa”, in conformità alla DGR 20943/2005 e al Decreto della Regione Lombardia n. 6317/2011;
* “Comunità educativa genitore-figli”, in conformità alla DGR 20943/2005, al Decreto della Regione Lombardia n. 6317/2011 e alla DGR 18 febbraio 2020 n. XI/2857;
* “Comunità familiare”, in conformità alla DGR 20943/2005 e al Decreto della Regione Lombardia n. 6317/2011;
* “Alloggio per l’Autonomia”, in conformità alla DGR 20943/2005 e al Decreto della Regione Lombardia n. 6317/2011;
* “Alloggio per l’Autonomia educativa”, in conformità alla DGR 20943/2005, al Decreto della Regione Lombardia n. 6317/2011 e alla DGR 18 febbraio 2020 n. XI/2857;
* “Alloggio per l’Autonomia per genitore-figli”, in conformità alla DGR 20943/2005, al Decreto della Regione Lombardia n. 6317/2011 e alla DGR 18 febbraio 2020 n. XI/2857;
* Unità di offerta sperimentale “Accoglienza Integrata MSNA e SAI 15-18 anni”

denominata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sita in Milano - via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_,

scala\_\_\_\_\_\_\_\_, piano\_\_\_\_\_\_, int. \_\_\_\_\_\_\_

dati catastali: foglio\_\_\_\_\_, particella\_\_\_\_\_, subalterno\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA che:**

* la struttura è compatibile con la destinazione d’uso e garantisce il rispetto delle norme regionali o nazionali in materia di igiene e sanità pubblica, di sicurezza degli impianti, di urbanistica-edilizia;
* la struttura si trova nella piena disponibilità dell’ente da me rappresentato in forza del seguente titolo giuridico:
* proprietà:
* comodato: - dati di registrazione contratto di comodato
* ente comodante
* data di scadenza del comodato
* locazione: dati registrazione contratto di locazione
* data di scadenza del contratto
* altro: *(specificare*)
* data inizio delle attività: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Descrizione della struttura:**

**N.° posti:**

*(Indicare il numero complessivo di posti letto presenti nella struttura)*

**Tipologia utenza accolta:** (*è possibile barrare una o più caselle in relazione alle diverse tipologie accolte)*

* maschi; fascia d’età \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* femmine; fascia d’età \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* mamma-bambino
* genitore-figlio
* minore straniero non accompagnato fascia d’età \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numero stanze da letto presenti:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **n.** | **mq** | **n. posti letto** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |

**Stanza con bagno dedicato per tutor/operatore notturno/volontario** *(ove previsto)***:**

* **\_\_\_SI\_\_**
* **\_\_ NO\_**

**N.° servizi igienici**

*(Indicare il numero complessivo di servizi igienici agibili e utilizzabili all’interno della struttura compreso quello per l’operatore)*

**N.° servizi igienici per la non autosufficienza**

*(indicare il numero di servizi igienici per la non autosufficienza se presenti)*

**Spazi comuni:**

*………………………*

*Breve descrizione degli spazi destinati a consumazione dei pasti, soggiorno/svago, attività di studio o altro, indicando il numero delle stanze adibite ad ogni funzione e la metratura, specificando inoltre gli spazi adibiti a più funzioni:*

**Presenza di barriere architettoniche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Indicare Si o No, a seconda che siano presenti o meno le barriere architettoniche)*

**Ubicazione struttura:**

*Descrivere sinteticamente la struttura con particolare riferimento al contesto in cui è collocata se all’interno o meno del centro abitato, inteso come abitazioni civili, prossimità di servizi (sociali, scolastici, educativi, sanitari, ecc.) e di fermata utile di trasporto pubblico.*

*(descrizione sintetica)*

*………………………*

**Annotazioni:**

*………………………*

Luogo e data

Firma del Legale Rappresentante