

## Allegato n. 8

### SCHEDA DI RENDICONTAZIONE CONCESSIONE LOCALI E PALESTRE SCOLASTICHE

SPAZIO CONCESSO .....

(indicare scuola e tipo locale)

CONCESSIONARIO.....

(indicare dati sia della Società sia del legale rappresentante)

DATA O PERIODO DI RIFERIMENTO .....

(indicare sia il periodo sia i giorni e le ore)

TIPOLOGIA ATTIVITA' SVOLTA .....

NUMERO COMPLESSIVO ISCRITTI .....

| MASCHI            | ... | FEMMINE | ....                        |                             |    |
|-------------------|-----|---------|-----------------------------|-----------------------------|----|
| ➤ FINO A 10 ANNI  |     |         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | n. |
| ➤ DA 11 A 19 ANNI |     |         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | n. |
| ➤ DA 20 A 35 ANNI |     |         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | n. |
| ➤ DA 36 A 64 ANNI |     |         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | n. |
| ➤ OLTRE 65 ANNI   |     |         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | n. |

PERSONE CON DISABILITÀ/HANDICAP .....

COSTI DI PARTECIPAZIONE .....

NUMERO FINALE DI PARTECIPANTI

| MASCHI            | ... | FEMMINE | ....                        |                             |    |
|-------------------|-----|---------|-----------------------------|-----------------------------|----|
| ➤ FINO A 10 ANNI  |     |         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | n. |
| ➤ DA 11 A 19 ANNI |     |         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | n. |
| ➤ DA 20 A 35 ANNI |     |         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | n. |
| ➤ DA 36 A 64 ANNI |     |         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | n. |
| ➤ OLTRE 65 ANNI   |     |         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | n. |

PERSONE CON DISABILITÀ/HANDICAP .....

#### SORVEGLIANZA/SVOLGIMENTO ATTIVITÀ

NUMERO ADDETTI.....VOLONTARI SI ☐ NO ☐ n. \_

QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE.....

VALUTAZIONE DELL'INIZIATIVA DA PARTE DEI PARTECIPANTI AI FINI DI EVENTUALE MIGLIORAMENTO

☐ BASSO ☐ MEDIO ☐ DISCRETO CON APPREZZAMENTI ☐ ELEVATO  
OSSERVAZIONI .....

ORIENTAMENTO CHE L'ATTIVITA' VENGA REPLICATA SI ☐ NO ☐

#### SPESE SOSTENUTE

CANONE CONCESSIONE € .....

ONERI ACCESSORI (RISCALDAMENTO-ACQUA-ENERGIA ELETTRICA) € ..... / ..... / .....

ADDETTI ATTIVITÀ SI ☐ NO ☐ € \_\_\_\_\_ (in caso affermativo)

PULIZIA E CUSTODIA SI ☐ NO ☐ € \_\_\_\_\_ (in caso affermativo)

DEPOSITO CAUZIONALE SI ☐ NO ☐ € \_\_\_\_\_ (in caso affermativo)

ASSICURAZIONE € \_\_\_\_\_ (in caso affermativo)

ALTRE SPESE PER ATTIVITÀ SI ☐ NO ☐ € \_\_\_\_\_ (in caso affermativo)  
(specificare tipologia)

#### **SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI**

INDAGINI SUL GRADIMENTO E LA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI SI ☐ NO ☐  
SOLO IN CASO DI RISPOSTA Affermativa: SI ALLEGANO ESITI

DATA

FIRMA \_\_\_\_\_

VALUTAZIONE DELL'I.C. SULL'ATTIVITA' SVOLTA

DATA

.....

FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_

Allegato 1

**RELAZIONE SULL' INIZIATIVA/ATTIVITA' (MAX. UNA CARTELLA)**

Allegato 2.

**INDAGINI SUL GRADIMENTO E LA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI (se effettuata)**