

## 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           SI      NO      n. ....

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           SI      NO      n. ....

### 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)