**AMBITO 4 – CERNUSCO SUL NAVIGLIO COMUNE CAPOFILA GORGONZOLA**

**ATS MILANO CITTA’ METROPOLITANA**

**DGR 4793\_2025 - Fondo Sociale Regionale 2025 – Dati Consuntivo 2024**

**SERVIZI PRIMA INFANZIA PUBBLICI E PRIVATI ACCREDITATI**

**1)IDENTIFICAZIONE DELL'ENTE GESTORE**

|  |  |
| --- | --- |
| DENOMINAZIONE ENTE GESTORE |  |
| ENTITA GESTORE (PUBBLICO, PRIVATO ACCREDITATO, CONCESSIONARIO ACCREDITATO) |  |
| INDIRIZZO ENTE GESTORE |  |
| RECAPITI TELEFONICI E MAIL GESTORE |  |
| CODICE FISCALE/PARTITA IVA GESTORE |  |
| DENOMINAZIONE UNITA’ OPERATIVA |  |
| INDIRIZZO UNITA’ OPERATIVA |  |
| RECAPITI REFERENTE UNITA’ OPERATIVA |  |

**COMUNICAZIONE PREVENTIVA ESERCIZIO /ACCREDITAMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO/CPE PRESENTATA IN DATA |  |
| UNITA’ DI OFFERTA ACCREDITATA ATTRAVERSO BANDO DI AMBITO DAL |  |
| eventuali note/specifiche |  |

**2) INFORMAZIONI GENERALI**

**UTENTI**

|  |  |
| --- | --- |
| Unità di offerta autorizzata per nr. posti: |  |
| Nr. utenti complessivi presenti nel servizio nel 2024: |  |
| di cui con frequenza part time: |  |
| di cui con frequenza full time: |  |
| nr. minori disabili certificati, frequentanti nel 2024 (senza supporto educativo a carico del Comune o di altri enti pubblici) |  |
| nr. minori frequentanti in fascia minima o esentati da costo del servizio |  |

**OPERATORI/PROFESSIONISTI:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Figura professionale | Numero operatori | Tipologia contratto |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO**

|  |  |
| --- | --- |
| nr. settimane di funzionamento del servizio all’anno |  |
| giorni di apertura settimanale |  |
| orario di apertura giornaliero |  |

**3) BILANCIO 2024**

*(Dettaglio voci di spesa ed entrate relative solo all’unità di offerta oggetto di rendicontazione; Sono ESCLUSI dalle spese di gestione i costi derivanti da mutui e interventi di manutenzione straordinari).*

**ENTRATE**

|  |  |
| --- | --- |
| **VOCE** | **€** |
| importo rette/contributi da Comuni per abbattimento rette (solo per privati/concessionari) |  |
| rette da utenza |  |
| rendite patrimoniali |  |
| donazioni |  |
| finanziamenti da altri enti pubblici e privati |  |
| Fondo Sociale Regionale 2024 |  |
| altro specificare |  |
| altro specificare |  |
| altro specificare |  |
| **Totale entrate** |  |

**SPESA**

|  |  |
| --- | --- |
| **VOCE** | **€** |
| **Personale** |  |
| responsabile |  |
| tecnici laureati |  |
| assistenti sociali |  |
| personale educativo |  |
| ASA OSS |  |
| altro personale amministrativo |  |
| **Totale spese personale** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VOCE** | **€** |
| **Spese gestione\*** |  |
| pasti utenza |  |
| lavanderia |  |
| pulizia |  |
| trasporti |  |
| materiale consumo |  |
| piccola attrezzatura |  |
| utenze struttura |  |
| altro (specificare) |  |
| altro (specificare) |  |
| altro (specificare) |  |
| totale spese gestione |  |
| **totale spese complessivo** |  |

**Tutte le dichiarazioni di cui sopra sono presentate ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000, nella consapevolezza della responsabilità penale in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. in questione.**

*Allegare alla presente l’ultimo verbale della commissione della UOC vigilanza e controllo di ATS Milano Città metropolitana.*

Data

Firma del responsabile/legale rappresentante e timbro