

**SERVIZI SPERIMENTALI IN
CONTESTO DOMICILIARE NEI
COMUNI DI SINNAI, BURCEI E
MARACALAGONIS**

A.E. 2011/2012

**PROGETTO DI ATTIVAZIONE SERVIZIO
MEDIANTE**

MAMMA ACCOGLIENTE

**PARTE I
INDIVIDUAZIONE MAMMA ACCOGLIENTE**

GENERALITA'

COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
CITTA'		VIA	
TELEFONO		CELL.	
MAIL			

TITOLI DI STUDIO

La candidata possiede il titolo di studio adeguato? <i>(Barrare la casella che interessa)</i>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------	---------------------------------------

Se SI, compilare la seguente sezione:

TIPOLOGIA DI TITOLO DI STUDIO ADEGUATO	<input type="checkbox"/> Laurea triennale in scienze dell'educazione o in scienze della formazione; <input type="checkbox"/> Diploma di maturità rilasciata dal liceo socio-psico-pedagogico e/o diploma di maturità magistrale; <input type="checkbox"/> Diploma di tecnico dei servizi sociali o assistente di comunità infantili; <input type="checkbox"/> Diploma di dirigente di comunità; <input type="checkbox"/> I titoli riconosciuti equipollenti, equiparati o riconosciuti ai sensi di legge;						
	ESTREMI DEL TITOLO DI STUDIO	<table border="1"> <tr> <td>Denominazione del Titolo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Istituto</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Data del rilascio</td> <td></td> </tr> </table>	Denominazione del Titolo		Istituto		Data del rilascio
Denominazione del Titolo							
Istituto							
Data del rilascio							

Se NO, compilare la seguente sezione:

ESTREMI DEL TITOLO DI STUDIO POSSEDUTO	Denominazione del Titolo	
	Istituto	
	Data del rilascio	
DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA RISPETTO ALLA DISPONIBILITA' ALLA FREQUENZA DI UN CORSO	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

FORMATIVO ATTIVABILE DAL GESTORE UNICO "FONDAZIONE POLISOLIDALE"		
---	--	--

PARTE II

COSTITUZIONE GRUPPO FAMIGLIE PRIMA INFANZIA (Massimo n° 3 bambini di età compresa tra 3 mesi e 3 anni)

I MINORE			
COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
SOGGETTO ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE			
COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
SOGGETTO ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE			
COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA DI RIFERIMENTO			
CITTA'		VIA	
TELEFONO		CELL.	
I Sottoscritti, esercitanti la potestà genitoriale sul minore sopra indicato, dichiarano di costituire e far parte del gruppo delle famiglie per la realizzazione del Servizio per la prima infanzia in contesto domiciliare assumendo i relativi impegni come previsti dal presente progetto.			
FIRMA	_____		
FIRMA	_____		
N.B.: Nel caso in cui la potestà genitoriale sia esercitata su disposizione dell'Autorità Giudiziaria è necessario allegare copia del documento.			

II MINORE			
COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
SOGGETTO ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE			
COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
SOGGETTO ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE			
COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA DI RIFERIMENTO			
CITTA'		VIA	
TELEFONO		CELL.	
I Sottoscritti, esercitanti la potestà genitoriale sul minore sopra			

indicato, dichiarano di costituire e far parte del gruppo delle famiglie per la realizzazione del Servizio per la prima infanzia in contesto domiciliare assumendo i relativi impegni come previsti dal presente progetto.

FIRMA

FIRMA

N.B.: Nel caso in cui la potestà genitoriale sia esercitata su disposizione dell'Autorità Giudiziaria è necessario allegare copia del documento.

III MINORE			
COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
SOGGETTO ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE			
COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
SOGGETTO ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE			
COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA DI RIFERIMENTO			
CITTA'		VIA	
TELEFONO		CELL.	
<p>I Sottoscritti, esercitanti la potestà genitoriale sul minore sopra indicato, dichiarano di costituire e far parte del gruppo delle famiglie per la realizzazione del Servizio per la prima infanzia in contesto domiciliare assumendo i relativi impegni come previsti dal presente progetto.</p>			
FIRMA	_____		
FIRMA	_____		
<p>N.B.: Nel caso in cui la potestà genitoriale sia esercitata su disposizione dell'Autorità Giudiziaria è necessario allegare copia del documento.</p>			

PARTE III
DESCRIZIONE DEGLI AMBIENTI DOMESTICI OVE VERRA' ESEGUITO IL SERVIZIO

UBICAZIONE E TITOLI DI POSSESSO

COMUNE	
VIA	
N° CIVICO	
CONCESSIONE EDILIZIA	N°
RILASCIATA IN DATA	
PROPRIETA'	
ESTREMI DEL TITOLO DI PROPRIETA' (documento da allegare)	Atto Pubblico a rogito di <hr/> Rep. N° <hr/> Registrato a <hr/> N° _____
ALTRO TITOLO DI POSSESSO (documento da allegare)	<input type="checkbox"/> Contratto di locazione con scadenza il _____; <input type="checkbox"/> Contratto di Comodato d'Uso Gratuito con scadenza il _____; <input type="checkbox"/> Usufrutto; <input type="checkbox"/> Uso e Abitazione; <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <hr/>
ESTREMI DEL TITOLO DI POSSESSO	
FIRMA DEL PROPRIETARIO DEI LOCALI CON LA QUALE SI ACCONSENTE CHE NULLA OSTA ALL'ESPLETAMENTO DEL SERVIZIO (ALLEGARE DOCUMENTO IDENTITA')	

CARATTERISTICHE DEI LOCALI

Bagno da utilizzare esclusivamente per i bambini	Mq	
	Sistema areazione	<input type="checkbox"/> Naturale <input type="checkbox"/> Forzato

	Sanitari presenti	<input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> Lavabo <input type="checkbox"/> Vasca <input type="checkbox"/> Doccia <input type="checkbox"/> Bidet
Cucina Abitabile	Mq	
Stanza Gioco	Mq	
Stanza Riposo	Mq	

N.B.: E' necessario allegare planimetrie dell'abitazione con individuazione degli spazi dedicati.

Presenza di Giardino	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sistemi di climatizzazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Impianto di riscaldamento con termosifoni <input type="checkbox"/> Stufa a gas <input type="checkbox"/> Caminetto <input type="checkbox"/> Pompe di Calore <input type="checkbox"/> Altro _____	
CERTIFICAZIONE DI AGIBILITA' (documento da allegare)	N°	
RILASCIATA IN DATA		
CERTIFICAZIONE RELATIVA ALLA MESSA A NORMA DEGLI IMPIANTI ELETTRICI.	Rilasciata da _____ Iscr. L. 46/90 n° _____ C.F. _____ In data _____	
CERTIFICAZIONE RELATIVA ALLA MESSA A NORMA DEGLI IMPIANTI DI RISCALDAMENTO.	Rilasciata da _____ Iscr. L. 46/90 n° _____ C.F. _____ In data _____	

**PARTE IV
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO**

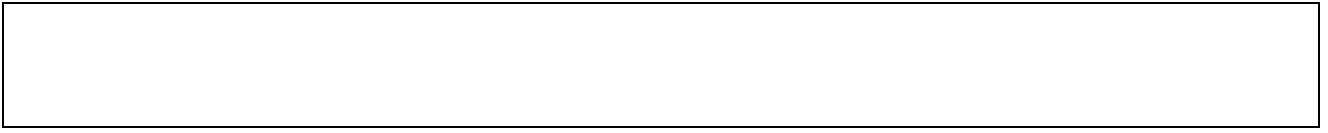
DURATA

Mesi	Giorni
Settembre	
Ottobre	
Novembre	
Dicembre	
Gennaio	
Febbraio	
Marzo	
Aprile	
Maggio	
Giugno	
Luglio	

ORARIO STANDARD DI SERVIZIO

Giorno settimanale	Dalle ore	Alle ore	Totale ore
Lunedì			
Martedì			
Mercoledì			
Giovedì			
Venerdì			
Sabato			
TOTALE ORE SETTIMANALI (40 ore settimanali)			

BREVE DESCRIZIONE DELLA GIORNATA TIPO



PARTE V
RAPPORTI CONTRATTUALI FRA GRUPPO FAMIGLIA E MAMMA
ACCOGLIENTE

TIPOLOGIA CONTRATTUALE CHE SI INTENDE INSTAURARE

Crocissegnare la tipologia individuata:

<input type="checkbox"/> CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO CON PARTITA IVA
<input type="checkbox"/> CONTRATTO DI COLLABORAZIONE DOMESTICA
<input type="checkbox"/> VOUCHER I.N.P.S.
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

SOGGETTO INCARICATO DI CONTRATTUALIZZARE L'EDUCATORE FAMILIARE E DI INTRATTENERE I RAPPORTI ANCHE ECONOMICI CON LA FONDAZIONE POLISOLIDALE

COGNOME		NOME		
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA		
RESIDENZA		VIA		
TEL.		CELL.		
C.F.				

QUANTIFICAZIONE ECONOMICA DELLA REMUNERAZIONE DELLA MAMMA ACCOGLIENTE

USCITE PER UN GRUPPO DI Mamma Accogliente		Q.TA UTENTI		N. Mesi	Totale Annuo
Contributo Reg.le alle famiglie per minore inserito nel Servizio (per un massimo di 40 ore settimanali)	151,51	3	454,53	11	4.999,83
Contributo Com.le alle famiglie per minore inserito nel Servizio (per un massimo di 40 ore settimanali)	90,90	3	272,70	11	2.999,70
TOTALE CONTRIBUTI	242,41		727,23	11	7.999,53
QUOTA DI CONTRIBUZIONE UTENZA	160,00	2	320,00	11	3.520,00
TOTALE A Mamma Accogliente			1.097,23	11	11.519,23

Le famiglie e la Mamma Accogliente danno atto e sono consapevoli che la suddetta remunerazione è onnicomprensiva di tutti gli oneri ed è da intendersi commisurata all'allestimento di servizi per n° 40 ore settimanali. In caso di prestazioni orarie

giornaliere inferiori LA Fondazione Polisolidale procederà a ridefinire i contributi pubblici in maniera proporzionale .

PARTE VII IMPEGNI DELLE PARTI

Le famiglie coinvolte hanno concordemente individuato la mamma accogliente come risulta dal presente progetto.

La mamma accogliente accetta l'incarico come risultante dal presente progetto.

Le Famiglie coinvolte e la mamma accogliente adottano processi di coinvolgimento, coprogettazione e organizzazione con criteri di unanimità nelle scelte e garantendo la massima collaborazione e rispetto reciproci.

Ciascuna delle famiglie coinvolte nel presente progetto è consapevole che sono a proprio carico e concordano autonomamente con la mamma accogliente individuata le modalità della fornitura dei pasti, della biancheria, dei materiali di consumo (panni, salviette, biberon ecc.) e la messa a disposizione ed utilizzo di giochi, giocattoli e attrezzature necessarie.

Le famiglie coinvolte nel presente progetto esonerano da qualsiasi responsabilità la Fondazione Polisolidale relativamente a danni a cose e/o persone che dovessero derivare dall'autonoma organizzazione delle attività del progetto poste in essere dalla mamma accogliente e dai bambini. A tal fine si impegnano a procedere alla stipulazione di una o più polizze assicurative di responsabilità civile e di infortunio per tutta la durata del servizio partecipando proporzionalmente al relativo pagamento del premio assicurativo. Pertanto le famiglie coinvolte e la mamma accogliente assumono responsabilità solidale reciproca su tali eventi.

Le famiglie sono coscienti e assumono le conseguenti determinazioni riguardo alla possibilità che si possa verificare l'indisponibilità temporanea della mamma accogliente nel periodo di servizio, tale da determinare la sospensione delle attività senza che da questo possa derivarne responsabilità ed intervento economico e sostitutivo da parte della Fondazione Polisolidale.

La mamma accogliente e/o il proprietario dell'abitazione in cui si svolge il servizio acconsentono sin d'ora che la Fondazione Polisolidale proceda mediante propri incaricati a verifiche, controlli e monitoraggio anche mediante visite senza preavviso presso l'abitazione individuata, pena l'immediata sospensione e revoca dell'autorizzazione all'esercizio del servizio.

Le famiglie coinvolte e la Mamma Accogliente assumono l'impegno di riservatezza dei dati personali e sensibili di cui entrano in possesso nello svolgimento del servizio.

Il presente progetto è stato redatto in data _____ di comune accordo fra le parti e letto e confermato viene sottoscritto.

**GRUPPO FAMIGLIE SERVIZIO PRIMA INFANZIA CONTESTO
DOMICILIARE**

Mamma Accogliente _____
I Famiglia

II Famiglia

III Famiglia
