

ALLEGATO "A" AL CAPITOLATO - LOTTO I - Scheda 3q

DATI STRUTTURA

Legale rappresentante/ Responsabile della Struttura: Dr. Roberto Leonetti Tel...055 2758032 Fax...055 2758041 Indirizzo e-mail: roberto.leonetti@asf.toscana.it		
Denominazione: C.T.R. s. Felice a Ema		
Sede nel comune di: Firenze	Cap 50125	Provincia Firenze
Via: Via San Felice a Ema	n. 15	Telefono: 055/2758032
Codice fiscale, partita IVA		
INDICAZIONI PER SOPRALLUOGO E INFORMAZIONI TECNICO SANITARIE		
REFERENTE ...Mara Bacherini..... E-MAIL ... mara.bacherini@asf.toscana.itTEL055/2758010/011..... GG/SETTIMANA da lunedì a venerdì FASCIA ORARIA DALLE 08,00.. ALLE 14,00.....		



Dipartimento Programmazione e Gestione beni e servizi - S.C. Programmazione e Acquisizione beni e servizi

1 - FINALITA' DELLA STRUTTURA	
Tipologia Struttura: Servizio ambulatoriale di neuropsichiatria infantile, psicologia, logopedia e psicomotricità Gli obiettivi sono: Diagnosi e riabilitazione di bambini e adolescenti con difficoltà neurologiche, psicologiche, linguistiche e sostegno alla famiglia	
2 - DESCRIZIONE DEI SERVIZI	
Tipologia di gestione: Centro Diurno Tipologia attività: Accompagnare gli utenti dal domicilio o dalla scuola presso il Centro, per terapie psicologiche e riabilitative in quanto la struttura è ubicata in luogo non servito dai mezzi pubblici . Tipologia utenti: Bambini e adolescenti con disturbi della sfera linguistica, comportamentale, psicologica, neurologica.	

3 - FUNZIONAMENTO DEI CENTRI

Modalità di assistenza

La Struttura ha il seguente orario di apertura::

- a) Lunedì 7.30-13.30;
- b) Martedì 7.30-13.00 // 13.30 – 17.00;
- c) Mercoledì 7.30-13.30;
- d) Giovedì 7.30-13.00 // 13.30 – 17.00;
- e) Venerdì 7.30-13.30;
- f) Sabato libero.

4 - ATTIVITA' E PRESTAZIONI

Tipologia delle prestazioni:

Accompagnare gli utenti dal domicilio o dalla scuola presso il Centro, per terapie psicologiche e riabilitative e servizio di inserimento dati.

Le risorse umane dedicate dall'aggiudicatario al servizio appaltato devono essere in possesso della qualificazione professionale **OSS** con idonea esperienza nel servizio di accompagnamento di minori disabili e devono garantire un servizio pari ad un volume di attività annuo di n. ore **1584**

5 - TRASPORTO

Non richiesto

6 - MATERIALI

Non richiesto

FIRMA RESPONSABILE U.F.

Dr. _____

FIRMA DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE Dr. Andrea Caneschi

Dr. - _____