

**SERVIZIO DI (specificare il servizio a cui si riferisce la carta)**

---

---

**CARTA DEI SERVIZI OFFERTI DALL'Ente .....**

(specificare il nominativo completo )

Sede legale sita in \_\_\_\_\_

Tel/fax \_\_\_\_\_

e-mail/ PEC (obbligatorio)

---

Legale rappresentante \_\_\_\_\_

**1) Ubicazione degli uffici e delle sedi operative con l'indicazione degli orari di apertura e di chiusura**

(Max 4 righe)

---

---

---

---

**2) Descrizione sommaria dell'esperienza maturata nel servizio di riferimento ovvero nell'area di intervento (assistenza all'handicap) (Max 8 righe)**

---

---

---

---

---

---

---

---

**3) Certificazione di qualità aziendale nel campo dei servizi sociali eventualmente posseduta ed in corso di validità**

---

**4) Descrizione degli eventuali servizi migliorativi ed aggiuntivi offerti gratuitamente :**

Per ogni attività proposta specificare:

a) Descrizione sintetica (max 2 righe):

---

---

b) Tempi di svolgimento :

- Periodo (dal al )
- Frequenza di svolgimento (es: settimanale, bisettimanale, mensile...)
- Orari e giorni di svolgimento

c) Operatori impiegati:

- Numero e qualifica

d) Luogo di svolgimento:

e) Eventuali agevolazioni offerte per il raggiungimento della sede di svolgimento delle attività:

**Data**

**Firma del Legale rappresentante**

**Avvertenze**

**N.B. : Nel caso di più servizi migliorativi ed aggiuntivi, il punto n. 4 deve essere compilato per ciascun servizio offerto.**