

SERVIZIO DI ASSISTENZA ALL'AUTONOMIA AGLI ALUNNI PORTATORI DI HANDICAP

CARTA DEI SERVIZI OFFERTA DALLA DITTA

Associazione IRMA ONLUS

Sede legale sita in SCIACCA (AG) – Via Solofra n. 14

Tel. : 3407213860

Fax : 092528895

e-mail : irma.associazione@libero.it

PEC : irmaonlus@pec.it

Legale rappresentante : Cucchiara Alfonsa

1) Sede operativa : SCIACCA (AG) – Via Solofra n. 14

2) Descrizione sommaria dell'esperienza maturata

L'Associazione IRMA ONLUS opera da 20 anni nel territorio di Sciacca e svolge attività nel campo dell'assistenza sociale in favore di soggetti diversamente abili, senza scopo di lucro. Tale attività è maturata nel corso dell'espletamento del Servizio di assistenza all'autonomia e igienico personale ai disabili scolarizzati, su incarico del Comune di Sciacca presso le scuole materne, elementari, medie del suddetto comune, effettuato a partire dall'anno scolastico 1995/96 fino a data odierna.

Dall'anno scolastico 2010/2011 fino a data odierna ha svolto tale servizio su incarico della Provincia di Agrigento, presso le Scuole Superiori di Sciacca e Menfi.

3) Servizi migliorativi :

SUPPORTO E SOSTEGNO PSICOLOGICO SIA AI MINORI CHE AL NUCLEO FAMILIARE

- Periodo di svolgimento : da concordare con l'utenza**
- Frequenza di svolgimento : mensile**
- Orari e giorni di svolgimento : da concordare con l'utenza**

- **Operatori impiegati : n. 1 Psicologo**
- **Luogo di svolgimento : da concordare**

ATTIVITA' LUDICO-RICREATIVE (da concordare con le famiglie)

- **Periodo di svolgimento : da concordare**
- **Frequenza di svolgimento : da concordare**
- **Orari e giorni di svolgimento : da concordare con l'utenza**
- **Operatori impiegati : n. 2 Animatori**
- **Luogo di svolgimento : da concordare**

ATTIVITA' FORMATIVA EDUCATIVA (GRUPPO DI MUTUO AIUTO PER PATOLOGIA)

- **Periodo di svolgimento : da concordare con l'utenza**
- **Frequenza di svolgimento : mensile**
- **Orari e giorni di svolgimento : da concordare con l'utenza**
- **Operatori impiegati : n. 1 Psicologo**
- **Luogo di svolgimento : da concordare**

ATTIVITA' DI SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA'

- **Periodo di svolgimento : da concordare con l'utenza**
- **Frequenza di svolgimento : mensile**
- **Orari e giorno di svolgimento : da concordare con l'utenza**
- **Operatori impiegati : n. 1 Psicologo**
- **Luogo di svolgimento : da concordare**

ATTIVITA' DI COUNSELING ALI OPERATORI (previa richiesta)

Operatori impiegati : n. 1 Psicologo

Data 07.12.2016

Firma del Legale rappresentante

Alfonsa Cucchiara