

MODELLO ALLEGATO 7
SCHEDA STRUTTURE DI ACCOGLIENZA
Da inserire nella Busta B - OFFERTA TECNICA

PROCEDURA APERTA PER LA INDIVIDUAZIONE DI UN SOGGETTO PER L'AFFIDAMENTO DELLA GESTIONE ED ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI ACCOGLIENZA DI RICHIEDENTI/TITOLARI DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE E DEI LORO FAMILIARI BENEFICIARI DI PROTEZIONE UMANITARIA NELL'AMBITO DEL SISTEMA DI PROTEZIONE PER RICHIEDENTI ASILO E RIFUGIATI (SPRAR) PER IL TRIENNIO 2017-2019 IN CONTINUITA' CON IL PROGETTO "SPRAR COMUNE DI SANTA MARINELLA" AI SENSI DEL DECRETO MINISTERIALE 10 AGOSTO 2016 (GU N. 200 DEL 27.08.2016) - CAPO II - ART. 14.
 CIG 7015441D0B – CUP D57H17000060001

Struttura: dovrà essere allegata dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l' idoneità e la sussistenza dei requisiti richiesti per le strutture

1	
Denominazione	
2	
Indirizzo	
3	
Tipo accoglienza	
4	
Proprietà della struttura	
5	
Tipo Alloggio	
6	
Gestore Alloggio/Struttura	
N.° servizi igienici	
N.° posti e mq della struttura	
Canone Mensile della struttura	
Note struttura	
7	
Modalità erogazione vitto	
8	
N.° posti letto per camera da letto	
9	
N. altre camere/spazi presenti	
10	
Assenza barriere architettoniche	
N.° servizi igienici per la non autosufficienza	
11	
Presenza ascensore	

Denominazione dell'appartamento o del condominio

2 Via/P. zza - Cap - Città.

3 Esempio: UOMINI - DONNE - DONNE CON PROLE

4 Esempio: PRIVATO - ALTRO ENTE PUBBLICO

5 Esempio: APPARTAMENTO SINGOLO – PALAZZINA

6 Specificare denominazione dell'Ente

7 Specificare: CUCINA IN COMUNE - MENSA

8 Per ogni camera da letto, specificare il numero dei posti letto. Esempio: Camera 1 due posti; Camera 2 un posto; Camera 3 un posto.

9 Esempio: sala TV, sala da pranzo, soggiorno, etc.

10 Specificare se sì o no.

11 Specificare se sì o no.

<i>Ulteriori servizi nella struttura</i>	
<i>Elementi di comfort della struttura</i>	

Collocazione Struttura (inserire simbolo X)	<i>mezzi di trasporto pubblico urbano</i>	<i>rete commerciale (banche, mercati)</i>	<i>servizi (uff pubbliche, biblioteche, scuole)</i>	<i>servizi sanitari (ospedali, ambulatori)</i>
< 500 metri				
> 501 e < 1000 metri				
> 1001 e < 2000 metri				
> 2001 metri				

Luogo e data

Il/I Concorrente/i
TIMBRO IMPRESA / SOCIETÀ/ALTRO
.....'..... ***FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE***

N.B.:

Si ricorda che:

il presente documento deve essere sottoscritto dal legale rappresentante dell'impresa e ad essa deve essere allegata copia fotostatica leggibile, ancorché non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.