

**SERVIZIO DI AIUTO INTEGRATIVO PEDAGOGICO E RIEDUCATIVO  
DOMICILIARE IN FAVORE DI SOGGETTI CON HANDICAP SENSORIALE  
DELLA VISTA**

**CARTA DEI SERVIZI OFFERTI DALLA DITTA**

**COOP. SOCIALE P.A.S.A.**

Sede legale sita in \_\_\_\_RIBERA, VIA MARCHE N.4\_\_\_\_Sede Operativa Agrigento, via Imera, 352

Tel/fax \_0922/594552\_ fax \_0922/594552\_\_\_\_\_

e-mail/ PEC \_\_\_\_segreteriaapasa@libero.it\_\_\_\_\_

Legale rappresentante \_\_\_\_GUDDEMI FRANCESCA\_\_\_\_\_

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

(Max 4 righe)

\_\_\_\_RIBERA, VIA MARCHE N.4 - AGRIGENTO, VIA IMERA N.352 - SAMBUCA DI SICILIA,\_\_\_\_  
\_\_\_\_VIA INFERMIERIA N.55 - CAMMARATA, VIA MAZZINI N.11 - LICATA, VIA TRIPOLI N. 5\_\_\_\_  
\_\_\_\_orari ricevimento: Lun-Merc-Ven dalle ore 9.30 alle ore 12.30 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_Mart-Giov dalle ore 15.00 alle ore 17.00 \_\_\_\_\_

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

**Servio di Assistenza alla Comunicazione Scolastica in favore di soggetti con handicap sensoriale dell'udito Provincia Reg.le di Agrigento a.s. 2010-2011 dal 30/11/2010 al 30/05/2011 ; Servizio di aiuto integrativo pedagogico rieducativo domiciliare in favore dei soggetti in situazione di handicap sensoriale dell'udito Provincia Reg.le di Agrigento a.s. 2010-2011 dal 30/11/2010 al 30/05/2011; Progetto Vitality domiciliare disabili Ribera-Burgio (I.328/00) dal 01/09/2009 al 30/11/2010 con ATI Vitality di cui la coop. P.A.S.A. è parte integrante; Servizio di inclusione sociale comuni di Ribera, Calamonici, Cattolica Eraclea, Lucca Sicula, Montallegro, Villafranca Sicula, periodo dal 04/11/2000 al 03/03/ 2010, con ATI LIFE di cui la coop. P.A.S.A. è parte integrante.**

**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, con l'obbligatoria indicazione per ciascun servizio di :**

1) Tipologia di attività (barrare con una X ): LOGOPEDIA (O PSICOMOTRICITA')

- Formativa- educativa
- X Riabilitativa
- Di consulenza specialistica
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Per ogni attività proposta specificare:

Descrizione sintetica (max 2 righe):

Logopedia (o psicomotricità) 2 volte a settimana con logopedista (o psicomotricista) della Coop.  
OPPURE pacchetto ore da concordare se il logopedista (o psicomotricista) è indicato dalla famiglia.

Tempi di svolgimento :

- Periodo: da gennaio 2012 a maggio 2012
- Frequenza di svolgimento: bisettimanale /pacchetto ore
- Orari e giorni di svolgimento : da concordare

Operatori impiegati:

- Numero e qualifica : n. 2 logopedisti indicati dalla coop P.A.S.A.

Luogo di svolgimento: studio logopedico Favara/Sciaccia - domicilio dell'utente - Locali Coop PASA

Eventuali agevolazioni offerte per il raggiungimento della sede di svolgimento delle attività: nessuna.

**4) Descrizione degli eventuali servizi migliorativi ed aggiuntivi offerti gratuitamente, con l'obbligatoria indicazione per ciascun servizio di :**

2) Tipologia di attività (barrare con una X ): DISBIGO PRATICHE / PATRONATO

- Formativa- educativa
- Riabilitativa
- X Di consulenza specialistica
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Per ogni attività proposta specificare:

Descrizione sintetica (max 2 righe):

\_\_\_Attività di disbrigo pratiche e Consulenza pratiche legali inerenti alla disabilità\_\_\_\_\_

---

Tempi di svolgimento :

- Periodo: da dicembre 2011 a maggio 2012
- Frequenza di svolgimento: su richiesta del genitore
- Orari e giorni di svolgimento: dalle 10.00 all 12.30 ogni giorno; mart - giov dalle 15.30 alle 19.00

Operatori impiegati:

- Numero e qualifica: 1 segretaria, volontari dell'Associazione Vedere Voci ONLUS di Agrigento, Patronato.

Luogo di svolgimento: Via Imera 352 - AG

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

**4) Descrizione degli eventuali servizi migliorativi ed aggiuntivi offerti gratuitamente, con l'obbligatoria indicazione per ciascun servizio di :**

3) Tipologia di attività (barrare con una X ): BRAILLE

X Formativa- educativa

- Riabilitativa

- Di consulenza specialistica

- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Per ogni attività proposta specificare:

Descrizione sintetica (max 2 righe):

\_\_\_Spiegazione e utilizzo della scrittura Braille, esercitazioni guidate. \_\_\_\_\_

---

Tempi di svolgimento :

- Periodo: da dicembre 2011 al maggio 2012

- Frequenza di svolgimento : settimanale

- Orari e giorni di svolgimento : dalle 15.00 alle 17.00 mercoledì o giovedì

Operatori impiegati:

- Numero e qualifica: n. 5 esperti alla comunicazione e all'autonomia

Luogo di svolgimento: 92100 Agrigento, Via Imera 352

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

**4) Descrizione degli eventuali servizi migliorativi ed aggiuntivi offerti gratuitamente, con l'obbligatoria indicazione per ciascun servizio di :**

4) Tipologia di attività (barrare con una X ): FESTA DI NATALE

Formativa- educativa

- Riabilitativa

- Di consulenza specialistica

X Altro (specificare) \_\_LUDICA\_\_

Per ogni attività proposta specificare:

Descrizione sintetica (max 2 righe):

\_incontro presso la sede con gli studenti, gli operatori, i volontari e le famiglie, organizzazione di momenti di animazione e giochi .\_\_

Tempi di svolgimento :

- Periodo : 22/12/11

- Frequenza di svolgimento : n.1 incontro

- Orari e giorni di svolgimento: dalle 16.00 alle 20.00

Operatori impiegati:

- Numero e qualifica: n. 10 assistenti alla comunicazione. N. 10 volontari di Vedere Voci ONLUS

Luogo di svolgimento: 92100 Agrigento, Via Imera 352

Eventuali agevolazioni offerte per il raggiungimento della sede di svolgimento delle attività: trasporto.

**4) Descrizione degli eventuali servizi migliorativi ed aggiuntivi offerti gratuitamente, con l'obbligatoria indicazione per ciascun servizio di :**

5) Tipologia di attività (barrare con una X ): PISCINA D'ESTATE

- X Formativa- educativa
- Riabilitativa
- Di consulenza specialistica
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Per ogni attività proposta specificare:

Descrizione sintetica (max 2 righe):

\_ 4 incontri in piscina con assistenza 1:1, animazione e pranzo nel mese di luglio per favorire la socializzazione, l'incontro, lo stare insieme.

Tempi di svolgimento :

- Periodo: dal 01/07/2012 al 30/07/2012
- Frequenza di svolgimento : settimanale
- Orari e giorni di svolgimento: dalle 9.00 alle 15.00 in giorni da concordare

Operatori impiegati:

- Numero e qualifica : n. 10 assistenti alla comunicazione, n. 2 assistenti igienico sanitari, n. 10 assistenti all'autonomia e alla comunicazione

Luogo di svolgimento: Holiday Park - SanLeone, Agrigento

Eventuali agevolazioni offerte per il raggiungimento della sede di svolgimento delle attività: trasporto gratuito.

**Data**

**18 Novembre 2011**

**Firma del Legale rappresentante  
GUDDERI FRANCESCA**