

**SERVIZIO DI**  
assistenza all'autonomia ed alla comunicazione

**CARTA DEI SERVIZI OFFERTI DALL'Ente**  
**SOC. COOP. SOCIO SANITARIA 2C**

Sede legale sita in Canicatti

Tel/fax 0922/859193

e-mail/ PEC [sociosanitaria2c@alice.it](mailto:sociosanitaria2c@alice.it) / [coop.soc.sanitaria2c@pec.it](mailto:coop.soc.sanitaria2c@pec.it)

Legale rappresentante Diega Carlino

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

(Max 4 righe)

LA COOPERATIVA HA SEDE IN CANICATTI VIA G. PETRÀGNANI N. 5;  
GLI ORARI DI UFFICIO DELLA STRUTTURA SONO I SEGUENTI :MATTINA DALLE 8.30 ALLE 13.30;  
POMERIGGIO DALLE 15.30 ALLE 18.30.

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

LA COOPERATIVA HA ESPERIENZA PLURIENNALE NEL SETTORE AVENDO GIÀ SVOLTO IL SERVIZIO DI ASSISTENZA ALL'AUTONOMIA E COMUNICAZIONE SCOLASTICA NELLE SCUOLE, IL SERVIZIO DI TRASPORTO CASA SCUOLA E VICEVERSA. ANNO 2017/18/19/20 SIA PRESSO LOA PROVINCIA SIA PRESSO IL COMUNE DI CANICATTI E DELIA  
SI È INOLTRE OCCUPATA DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE DEI P.H., DELL'IGIENE E CURA NELLE SCUOLE.  
HA GESTITO DEI PROGETTI LUDICO-RICREATIVI PER SOGGETTI DISABILI, POSSEDENDO ALL'INTERNO DELLA PROPRIA SEDE UN LUOGO APPROPRIATO ED ATTREZZATO A TAL FINE.

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

LA COOPERATIVA È IN POSSESSO DEL CERTIFICATO DI QUALITÀ

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

Per ogni attività proposta specificare:

a) Descrizione sintetica (max 2 righe):

LA COOPERATIVA PROPONE QUALCHE ORA IN PIÙ MENSILE CON L'ASSISTENTE ESPERTA .  
VERRANNO EFFETUATE VISITE SETTIMANALI DAI COMPONENTI DALL'EQUIPE CHE SI  
ALTERNERANNO DI VOLTA IN VOLTA NELLO SVOLGIMENTO DI TALE COMPITO. L'EQUIPE SARA'  
FORMATA DALL'ASSISTENTE SOCIALE ,DALLA LOGOPEDISTA, DALLA PSICOLOGA .

OGNI FINE MESE VERRA' COORDINATO IL LAVORO SVOLTO DAL RESPONSABILE DELLA COOPERATIVA.

b) Tempi di svolgimento :

- Periodo

(dall'INIZIO DEL SERVIZIO alla FINE )

- Frequenza di svolgimento (es: settimanale, bisettimanale, mensile...)

1 ORA IN piu mensile PER L'ASSISTENTE ESPERTA, VISITA SETTIMANALI DELL'EQUIPE.

- Orari e giorni di svolgimento

GLI ORARI SARANNO CONCORDATI CON LE FAMIGLIE AL DI FUORI DELL'ORARIO SCOLASTICO; GLI INCONTRI SVOLTI CON CIASCUNA DELLE PROFESSIONISTE DELL'EQUIPE SI TERRANNO OGNI SETTIMANA

c) Operatori impiegati:

- Numero e qualifica OLTRE L'ASSISTENTE ESPERTA VERRANNO MESSI A DISPOSIZIONE 3 FIGURE PROFESSIONALI;
- ASSISTENTE SOCIALE, PSICOLOGA, LOGOPEDISTA.

d) Luogo di svolgimento DA CONCORDARE CON LE FAMIGLIE.

e) Eventuali agevolazioni offerte per il raggiungimento della sede di svolgimento delle attività  
LA COOPERATIVA METTE A DISPOSIZIONE DELLE MACCHINE E L'AUTISTA.

Data

Firma del Legale rappresentante

Soc. Coop. Socio Sanitaria  
Via Petreggini, 5 - CANICATTI  
EDUC 1810770840