

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

__SERVIZI SPECIALISTICI E DEL TRASPORTO__

CARTA DEI SERVIZI OFFERTI DELL'Ente ...SOC. COOP. SOCIALE "LE TRE LUNE"

(specificare il nominativo completo)

Sede legale sita in __CORSO FONDACO N. 9/A – PIANO TERRA – MANIACE (CT) - 95030__

Tel/Cell. __3889782173__

e-mail:--letrelunesocietacooperativa@gamil.com-----

PEC __letrelunescs@legalmail.it__

Legale rappresentante __LUPICA CORDAZZARO MARIA LAURA

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

(Max 4 righe)

__La nostra Cooperativa ha sede in Corso Fondaco n. 9/A – piano terra – 95030 – Maniace (CT)

Orari d'ufficio 9.00 – 13.00 / 15.30 – 19.30. Tutti i giorni esclusi i festivi

Tel: 095-9991523 Cell: 3889782173

Email: letrelunesocietacooperativa@gamil.com Pec: letrelunescs@legalmail.it

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

__Gestione del servizio di assistenza alla autonomia, comunicazione in favore degli alunni disabili gravi frequentanti le scuole dell'infanzia, primaria e secondaria, cui finalità consiste nel garantire il diritto allo studio agli alunni disabili. Il servizio è stato avviato il 19/12/2022 ed ancora oggi è in corso di svolgimento.

Gestione del progetto di animazione inclusiva all'interno del parco giochi inclusivo – INCLUDENTES che ha previsto l'organizzazione di attività ludico-ricreative con cadenza settimanale a far data dal 23 aprile 2022 e per la durata di 6 mesi

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

UNI ENI ISO 9001:2015 Certificato valido per i seguenti scopi: Erogazione di servizi socio-assistenziali in favore di disabili, anziani e minori. Assistenza all'autonomia e comunicazione in favore di inabili. Gestione asili nido.

Certificato n. 230621013901 valido fino al 20/06/2026_____

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

Per ogni attività proposta specificare:

a) Descrizione sintetica (max 2 righe):

_Assistenza supplementare: 2 ore in più alla settimana_____

b) Tempi di svolgimento :

- Periodo dall'inizio dell'anno scolastico sino alla fine.
- Frequenza di svolgimento : settimanale
- Orari e giorni di svolgimento. L'orario di svolgimento sarà concordato in base alle esigenze della famiglia

c) Operatori impiegati:

- Numero e qualifica

N. 1 Assistente all'autonomia ed alla comunicazione:

- Diploma di Scuola Secondaria di II° grado e titolo professionale di "Assistente all'autonomia e alla comunicazione dei disabili" conseguito attraverso il superamento di corsi professionali indetti ai sensi del Decreto n. 5630 del 19/07/2017 dell'Assessorato dell'Istruzione e della Formazione Professionale della Regione Siciliana;
- Diploma di Scuola Secondaria di II° grado oltre al titolo professionale di Assistente alla Comunicazione in L.I.S. (Lingua Italiana dei Segni), ottenuto attraverso il superamento di corsi professionali specifici di durata biennale o di almeno 900 ore di lezione, riconosciuti validi dall'Assessorato Regionale al Lavoro e alla Formazione Professionale o Corsi L.I.S. (Lingua Italiana dei Segni) organizzati dall'E.N.S. (Ente Nazionale Sordomuti) precedenti al 2005; Per i minori con disturbo dello spettro autistico gli operatori devono essere in possesso di specifici attestati formativi nelle tecniche cognitivo- comportamentali (ABA, PECS, TEACCH).

d) Luogo di svolgimento: presso l'istituto scolastico in cui il minore è inserito

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

1) Descrizione sintetica (max 2 righe):

Azioni di sensibilizzazione, orientamento e informazione alle famiglie sulle problematiche dell'handicap tramite seminari, incontri tematici.

b) Tempi di svolgimento :

- Periodo: Per tutto l'anno scolastico
- Frequenza di svolgimento: mensile
- Orari e giorni di svolgimento: da concordare con le famiglie e gli addetti alla partecipazione.

- c) Operatori impiegati:
- Numero e qualifica: 1 Psicologo, 1 Psicoterapeuta
- d) Luogo di svolgimento: Presso presso l'istituto scolastico in cui il minore è inserito
- e) Eventuali agevolazioni offerte per il raggiungimento della sede di svolgimento delle attività:
Nessuna

2) Descrizione sintetica (max 2 righe):

n. 1 tablet a supporto degli studenti con gravissime difficoltà comunicative. Il kit di software messo a disposizione include applicazioni specifiche per l'AAC.

- b) Tempi di svolgimento
- Periodo: dall'inizio dell'anno scolastico sino alla fine

3) Descrizione sintetica (max 2 righe):

Iniziativa "Time-Out" – uscite in paese, escursioni in montagna e momenti di festa in cui alleggerirsi dal carico di cura e vivere momenti di spensieratezza

- b) Tempi di svolgimento :
- Periodo: da concordare con l'istituto scolastico e con le famiglie
- Orari e giorni di svolgimento: da concordare con le famiglie e l'istituto scolastico

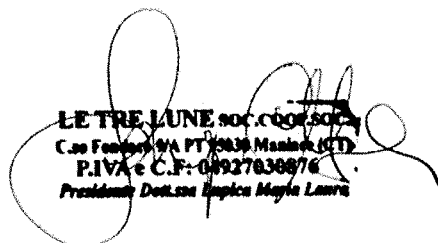
- c) Operatori impiegati:
- Numero e qualifica: 1 Personale ASACOM

- d) Luogo di svolgimento: da concordare con l'istituto scolastico

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

Data 08/07/2024

Firma del Legale rappresentante


LE TRE LUNE soc. coop. soc.
C.so Federico IV 11 70139 Marone (CT)
P.IVA e C.F. 04927630876
Presidente Dott.ssa Immacolata Maria Laura

Avvertenze