

SERVIZIO DI ASSISTENZA ALLA COMUNICAZIONE SCOLASTICA IN FAVORE DI SOGGETTI CON HANDICAP SENSORIALE DELL'UDITO

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 _____ segreteriapasa@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)

Servizio 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 (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
- 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): CONSULENZA AUDIOPROTESISTA E REVISIONE PROTESI

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

Per ogni attività proposta specificare:

Descrizione sintetica (max 2 righe):

___Consulenza Audioprotesista e Revisione protesi con professionista. Agrigento, Sciacca, Canicatti

Tempi di svolgimento :

- Periodo : da dicembre 2011 a maggio 2012
- Frequenza di svolgimento : su richiesta
- Orari e giorni di svolgimento: dalle 15.00 alle 19.00 dal lunedì al venerdì

Operatori impiegati:

- Numero e qualifica: Audioprotesista.

Luogo di svolgimento: presso lo studio del professionista: Sciacca, Agrigento, Canicatti

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

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. 2 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

GUDDEMI FRANCESCA