

**SCHEDA DI RILEVAZIONE ASSOCIAZIONE**

Associazione \_\_\_\_\_

Sede Legale a \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA****Barrare le voci di riferimento:**

1. Organizzazione di volontariato (L. n. 266/91 e L.R. n. 15/1992),  
iscritta al Registro Regionale:       SI    NO
2. Associazione di promozione sociale (L. n. 383/2000):  
iscritta al Registro Regionale:       SI    NO
3. Onlus (D. Lgs. n. 460/1997) iscritta al Registro delle Entrate;
4. Ente non commerciale (D. Lgs. n. 460/1997 – Titolo I);
5. Associazione sportiva dilettantistica (L. n. 398/1991) iscritta CONI;
6. Associazione con personalità giuridica, iscritta presso Regione Liguria ed operante nei  
settori di cui all'art. 10 D. Lgs. n. 460/1997;
7. Fondazione
8. Ente religioso

**MACRO - AREA PREVALENTE DI ATTIVITA'**

1. Raccolta fondi a favore dell'Istituto;
2. Attività in Istituto;
3. Assistenza in istituto;
4. Tutela a pazienti e famiglie.

**Criteri di compilazione:**

Per ogni macro Area indicare per ciascuna voce sotto indicata un valore percentuale di attività resa sul totale delle attività svolte presso l'Istituto.

Rispondere alle domande poste, allo scopo di evidenziare la specificità dell'azione della singola Associazione.

**Raccolta fondi a favore dell'Istituto:**

1. modalità di raccolta fondi:
  - a. % ..... donazioni;
  - b. % ..... sponsor;
  - c. % ..... Eventi;
  - d. % ..... Altro (descrivere) \_\_\_\_\_
2. destinazione proventi:
  - a favore dell'Istituto;
  - a favore del singolo reparto;
  - per singola patologia;
  - altro (descrivere) \_\_\_\_\_
3. incidenza in percentuale delle spese di gestione su donazioni \_\_\_\_\_;

**Totale peso attività: .....%**

**Attività in Istituto:**

1. Unità Operative supportate e relative fasce orarie (compilare la seguente tabella):

Unità Operative	Giornate	Orari Mattino	Orari Pomeriggio

2. mediazione ed ascolto problematiche relative alle malattie;
3. sostegno a pazienti e famiglie;
4. attività d'intrattenimento con bambini e/o con genitori;
5. attività ludico – didattica con bambini e/o con genitori;
6. accoglienza ed informazioni;
7. numero volontari presenti in Istituto ..... ed ore di servizio mensili .....
8. numero operatori presenti in Istituto ..... ed ore di servizio mensili .....

**Totale peso attività: .....%**

**Assistenza in Istituto:**

1. assistenza ed informazioni;
2. orientamento a favore dei familiari verso l'Istituto;
3. supporto alle famiglie.
  - o economico (indicare).....
  - o ospitalità presso terze strutture (indicare) .....
4. supporto promozioni seminari formativi prestati dai Medici dell'Istituto alle famiglie:
  - a. numero di eventi direttamente finanziati dalle Associazioni .....
  - b. numero di Medici partecipanti .....

**Totale peso attività: .....%**

**Tutela pazienti e famiglie:**

1. assistenza ed informazioni;
2. mediazione ed ascolto problematiche;
3. segnalazioni di eventuali carenze e disfunzioni;
4. numero volontari presenti in Istituto ..... ed ore di servizio mensili .....

**Totale peso attività: .....%**

**Informazioni generali:**

Quali sono le prioritarie necessità che l'Associazione ha all'interno del Gaslini, per le quali ritiene opportuno un intervento dello stesso Gaslini ? (Assegnare un punteggio da 1 a 5 per le diverse voci):

- Necessità di spazi interni: punti .....
- Necessità di materiali e/o cancelleria .....
- Necessità di un maggior supporto degli uffici .....