



**SCHEDA DI RILEVAZIONE/CENSIMENTO - CENTRI DI OSPITALITA'**

CARATTERISTICHE GENERALI

1) Denominazione Ente o Associazione.....

2) Tipologia

*NB: possibile barrare più di una casella*

Associazione

Ente Religioso

Onlus

Altro.....

3) Numero dei Centri di Ospitalità .....

*NB: compilare una scheda per ciascun Centro*

4) Denominazione del Centro di Ospitalità .....

*Particolari normative di riferimento.....*

5) Referente.....

6) Indirizzo.....

7) Numero di telefono..... Fax.....

8) E – mail.....

9) Presenza di Volontari

Si numero.....

No

10) Presenza di

Collaboratori esterni numero.....

Dipendenti numero.....

11) Tipologia di utenza

*NB: è possibile barrare più di una casella*

Famiglie

Solo donne

Solo uomini

Minori in cura

Altri minori (*specificare una eventuale divisione per età o per sesso*).....

12) Riservato a pazienti o famiglie di ricoverati al Gaslini

Totalmente

In parte

**13) Riservato a bambini/genitori con patologie specifiche**

- Si specificare le patologie.....  
 No

ASPETTI ORGANIZZATIVI

**14) Modalità di accesso**

- Accesso diretto  
 Filtro servizio socio-sanitario  
 Misto

**15) Modalità di prenotazione**

- Giorni e orari.....  
 Note/eccezioni.....

**16) Orari e giorni per il primo accesso**

- Giorni e orari.....  
 Note/eccezioni.....

**17) Orari di apertura e chiusura.....**

*Eventuale ingresso autonomo con chiavi.....*

**18) Durata minima del soggiorno.....**

**19) Possibilità di prolungamento del soggiorno**

- Si per quanto.....  
 No

**20) Documenti richiesti ai genitori**

- Si specificare.....  
 No

**21) Costo per persona/stanza**

*Specificare nella nota se per persona o per stanza e se giornaliero, settimanale o mensile*

- Si €..... Nota.....  
 No  
 Offerta libera  
 Eventuale riduzione per durata.....

**22) Necessità di una quota di iscrizione/associativa**

- Si €.....  
 No

**23) Rilascio ricevuta**

- Si specificare se fiscale o di altro tipo.....
- No

**24) Regolamento interno (da far sottoscrivere)**

- Si
- No

**CARATTERISTICHE DEL CENTRO**

**25) Tipo di edificio**

- Appartamento
- Abitazione autonoma
- Altro.....

Nel caso di appartamenti o mini appartamenti a disposizione di un nucleo familiare, specificarne numero e caratteristiche  
.....  
.....

**26) N. totale vani.....**

**27) N. camere con letti (totale)..... N. posti letto (totale).....**

Tipologia di camere	n. camere	Con Servizi	Letto/culla
singola			
doppia/matrimoniale			
tripla			
Altro .....			

**28) N. servizi igienici comuni.....**  
*Specificare se attrezzati per disabili*

**29) Cucina/angolo cottura**

- Si
  - No
- Specificare eventuali dotazioni e se riservate o in comune.....*

**30) Zone comuni**

- Si specificare.....
- No

**31) Spazio esterno**

- Giardino mq..... eventuali attrezzature.....
- Terrazza mq..... eventuali attrezzature.....

**32) Elettrodomestici disponibili**

- |                                        | In comune | Riservato |
|----------------------------------------|-----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Lavatrice     | .....     | .....     |
| <input type="checkbox"/> Lavastoviglie | .....     | .....     |
| <input type="checkbox"/> Televisione   | .....     | .....     |
| <input type="checkbox"/> Wi - fi       | .....     | .....     |

- Asciugacapelli* .....
- Telefono* .....
- Altro* .....

**33) Fornitura**

- Coperte
- Lenzuola
- Asciugamani
- Prodotti per l'igiene
- Armadietto
- Altro.....

**34) Gestione del servizio di pulizia**

- A carico degli ospiti
- Interno
- Esterno

**35) Accessibilità**

- Accesso/attrezzature per disabili.....
- Ascensore
- Parcheggio
- Servizio navetta
- Altro.....

Data compilazione.....

A cura di .....