

**SCHEDA ANAGRAFICA OPERATORE**

GARA EUROPEA APERTA, AI SENSI DEGLI ARTT. 59 E 60 DEL D. L.VO 18/04/2016, N. 50, VOLTA ALLA CONCLUSIONE DI UN ACCORDO QUADRO PER L' AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI TEMPORANEA ACCOGLIENZA DI CITTADINI STRANIERI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE NELL'AMBITO DELLA PROVINCIA DI TERAMO.

PROCEDURA DI GARA AVENTE AD OGGETTO SERVIZI DI CUI ALL' ALLEGATO IX DEL D. LGS. N. 50/2016.

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| DENOMINAZIONE                                   | Associazione Salam                    |
| SEDE LEGALE                                     | via Anfiteatro 219 Taranto 74123 (TA) |
| CODICE FISCALE                                  | 90195320735                           |
| LEGALE RAPPRESENTATE                            | Dott.ssa Simona Fernandez             |
| FORMA DI PARTECIPAZIONE ALLA GARA               | **                                    |
| DENOMINAZIONE IMPRESE CONSORZIATE O RAGGRUPPATE | **                                    |
| EVENTUALI SUBAPPALTATORI AUTORIZZATI            | **                                    |

**RIEPILOGO STRUTTURE**

| <b>NUMERO POSTI</b> | <b>UBICAZIONE</b>           |
|---------------------|-----------------------------|
| 5                   | LARGO TORRIONE 9 INTERNO 27 |
| 15                  | PIAZZA CONTEA DI PAGLIARA   |
| 8                   | LARGO TORRIONE 9 INTERNO 29 |
| 3                   | SAN MASSIMO                 |
| 7                   | SAN PIETRO                  |
| 38                  | <b>TOTALE</b>               |

**NOTE ED INFORMAZIONI AGGIUNTIVE**

|  |
|--|
|  |
|--|

## EQUIPE PROFESSIONALE (1)

La sottoscritta Simona Fernandez in qualità di rappresentante legale e presidente di Ass. Salam, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità

DICHIARA ED ATTESTA,

l'avvenuto corretto pagamento delle retribuzioni spettanti al personale impiegato per l'esecuzione del servizio, nonché l'osservanza nei confronti dei propri dipendenti delle norme in materia di trattamento economico, previdenziale e assicurativo previsto dalla normativa di settore, come comprovato dalle buste paga quietanzate prodotte per i mesi rendicontati. A tal fine allega i contratti stipulati e le buste paga quietanzate dal personale.

Data \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:

(1). Deve essere compilato un PROSPETTO per ogni singola struttura, oppure per ogni macro-struttura, qualora nell'offerta tecnica siano state raggruppate assieme più strutture (ad es. gruppo di appartamenti, ecc.) (fare riferimento alla propria offerta tecnica). Nel caso in cui un operatore copra più ruoli o funzioni ripetere il nominativo e indicare nell'apposita colonna il numero di ore svolte nel ruolo e nella struttura oggetto della scheda. Nel caso in cui più persone ricoprano un medesimo ruolo (ad esempio, più operatori diurni), aggiungere le righe necessarie.

| STRUTTURA:                       | CAS ISOLA DEL GRAN SASSO - STRUTTURA UNICA 6 APPARTAMENTI |                                     |                                      |                                  |                                  |                  |                  |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------|------------------|
| RUOLO                            | NOME E COGNOME  | QUALIFICA                           | IMPIEGATO IN PIU' PROVINCE (SI/NO) 1 | TOTALE ORE LAVORATE (BUSTA PAGA) | TOTALE ORE LAVORATE SUL PROGETTO | NETTO BUSTA PAGA | LORDO BUSTA PAGA |
| DIRETTORE CENTRO                 | STEFANIA DE NICOLAIS                                      | DIRETTORE                           | NO                                   | 90                               | 90                               | 2.000,00 €       | 2.458,24 €       |
| MEDICO                           | DOTT. OSVALDO   | medico                              | NO                                   | 0                                | 0                                | 0,00 €           | 0,00 €           |
| ASSISTENTE SOCIALE               | TRALCE MARTINA  | ASSISTENTE SOCIALE                  | NO                                   | 80                               | 35                               | 737,00 €         | 801,72 €         |
| MEDIATORE CULTURALE              | SYED ALI KHAN   | MEDIATORE                           | NO                                   | 158                              | 54                               | 165,00 €         | 1.136,97 €       |
| INFORMATIVA LEGALE               | STEFANIA DE NICOLAIS                                      | INF. LEGALE                         | NO                                   | 27                               | 27                               | 0,00 €           | 0,00 €           |
| OPERATORE DIURNO                 | SYED ALI KHAN   | OP DIURNO                           | NO                                   | 158                              | 104                              | 0,00 €           | 0,00 €           |
|                                  | EBRAHIMKHIL NAHEDA  | OP DIURNO                           | NO                                   | 90                               | 90                               | 680,00 €         | 743,98 €         |
|                                  | AKBARI ABDUL GHAFAR                                       | OP DIURNO                           | NO                                   | 90                               | 90                               | 680,00 €         | 743,98 €         |
|                                  | SADAT SAYED YASER   | OP DIURNO                           | NO                                   | 90                               | 90                               | 768,00 €         | 743,98 €         |
|                                  | HAMDARD NAJEEB ULLAH                                      | OP DIURNO                           | NO                                   | 80                               | 80                               | 865,88 €         | 867,19 €         |
|                                  | AJAB KHAN   | OP DIURNO                           | NO                                   | 152                              | 152                              | 726,00 €         | 907,50 €         |
|                                  | OPERATORE NOTTURNO  | AJAB KHAN                           | OP. NOTTURNO                         | NO                               | 360                              | 248              | 0,00 €           |
| PSICOLOGO                        | VITO MINGOLLA   | PSICOLOGO                           | NO                                   | 27                               | 27                               | 90,00 €          | 93,80 €          |
| ITALIANO                         | BENEDETTA D'EGIDIO  | LEZIONI                             | NO                                   | 98                               | 98                               | 0,00 €           | 0,00 €           |
| 1. Se si, specificare dove.      |   |                                     |                                      |                                  |                                  |                  |                  |
| TOTALI DOTAZIONE ORGANICA CENTRO |   |                                     |                                      |                                  |                                  |                  |                  |
| CAS                              | NUMERO  | NOTE                                |                                      |                                  |                                  |                  |                  |
| PRESIDENTE SALA                  | 331-3975003   | SIMONA FERNANDEZ NUMERO ALTERNATIVO |                                      |                                  |                                  |                  |                  |
| ASSISTENTE SOCIALE               | 347-995-6840  | MARTINA TRALCE                      |                                      |                                  |                                  |                  |                  |
| MEDIATORE CULTURALE              | 328-0629518   | SYED ALI KHAN                       |                                      |                                  |                                  |                  |                  |

ENTE GESTORE \_\_\_ASS. SALAM\_\_\_\_\_ NOME DEL C.A.S. \_\_\_ISOLA DEL GRAN SASSO\_\_\_\_\_ (1):

La sottoscritta Simona Fernandez in qualità di rappresentante legale e presidente di Ass. Salam , ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità DICHIARA che i dati riportati nel presente prospetto corrispondono alle prestazioni effettivamente erogate e riscontrabili nella documentazione allegata.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

SERVIZI EROGATI

MESE ED ANNO DI RIFERIMENTO: LUGLIO 2022

| TIPOLOGIA SERVIZIO EROGATO          | ORE MENSILI<br>(2) PROPOSTE<br>NELL'OFFERTA<br>PRESENTATA<br>(3) | ORE MENSILI<br>EFFETTIVAMENTE<br>EROGATE (se<br>inferiori all'offerta<br>presentata occorre<br>specificare i relativi<br>motivi) (4) | NOME OPERATORE IMPIEGATO E<br>QUALIFICA | ORE MENSILI<br>EFFETTUATE<br>DAL SINGOLO<br>OPERATORE | ORE MENSILI<br>EFFETTUATE<br>DALL'OPERATORE<br>RISULTANTE<br>DALLE FIRME SUL<br>FOGLIO DI<br>PRESENZE (6) | NOTE<br>(Spiegazioni su eventuali incongruenze tra i<br>dati delle colonne B, C ed E oppure tra quelli<br>delle colonne E ed F) |
|-------------------------------------|--|--|---|---|---|---|
| DIRETTORE                           | 90   | 90   | STEFANIA DE NICOLAIS                    | 90  | 90  |   |
|                                     |  |  | <b>TOTALI (5)</b>                       | <b>90</b>   | <b>90</b>   |   |
| MEDIAZIONE LINGUISTICA<br>CULTURALE | 54   | 54   | SYED ALI KHAN                           | 158   | 54  |   |
|                                     |  |  | <b>TOTALI (5)</b>                       | <b>158</b>  | <b>54</b>   |   |
| INFORMATIVA LEGALE                  | 27   | 27   | STEFANIA DE NICOLAIS                    | 27  | 27  |   |
|                                     |  |  | <b>TOTALI (5)</b>                       | <b>27</b>   | <b>27</b>   |   |
| ASSISTENZA SOCIALE                  | 35   | 35   | TRALCE MARTINA                          | 80  | 35  |   |
|                                     |  |  | <b>TOTALI (5)</b>                       | <b>80</b>   | <b>35</b>   |   |
| ASSISTENZA SANITARIA MEDICO         | 20   | 0  | DOTT. OSVALDO                           | 0   | 0   |   |
|                                     |  |  | <b>TOTALI (5)</b>                       | <b>0</b>  | <b>0</b>  |   |
| OPERATORE DIURNO                    | 600  | 601  | SYED ALI KHAN                           | 158   | 104   |   |
|                                     |  |  | EBRAHIMKHIL NAHEDA                      | 90  | 90  |   |
|                                     |  |  | AKBARI ABDUL GHAFAR                     | 90  | 90  |   |
|                                     |  |  | SADAT SAYED YASER                       | 90  | 90  |   |
|                                     |  |  | HAMDARD NAJEEB ULLAH                    | 80  | 80  |   |
|                                     |  |  | MARTINA TRALCE                          | 45  | 45  |   |
|                                     |  |  | <b>TOTALI (5)</b>                       | <b>655</b>  | <b>601</b>  |   |
| OPERATORE NOTTURNO                  | 240  | 248  | AJAB KHAN                               | 360   | 248   |   |
|                                     |  |  | <b>TOTALI (5)</b>                       | <b>360</b>  | <b>248</b>  |   |

**Rendiconto dei costi sostenuti**

L'operatore deve compilare il rendiconto dei costi sostenuti, eventualmente modificandolo per le voci non previste. I costi devono essere adeguatamente documentati mediante i giustificativi di spesa da allegare.  
L'Ufficio si riserva di effettuare ulteriori verifiche nel caso di rendiconti che evidenzino l'esistenza di un margine di utile sproporzionato rispetto al corrispettivo pattuito.

GESTORE: ASS. SALAM

MESE: LUGLIO 2022

La sottoscritta Simona Fernandez in qualità di rappresentante legale e presidente di Ass. Salam, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità DICHIARA che i dati riportati nel presente prospetto corrispondono alle spese effettivamente sostenute per la prestazione del servizio di accoglienza e riscontrabili nella documentazione allegata.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

| P  | Costo del personale stabilmente impiegato subordinato e parasubordinato |            |   |                                 |
|----|---|------------|---|---------------------------------|
|    |   | IMPORTO    | NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.) | GIUSTIFICATIVI DI SPESA         |
| P1 | DIRETTORE CENTRO  | € 2.458,24 | STEFANIA DE NICOLAIS                                    | FATTURA                         |
| P5 | MEDICO  | € 0,00     | DOTT. OSVALDO   | NESSUNO                         |
| P6 | ASSISTENTE SOCIALE  | € 801,72   | TRALCE MARTINA  | CEDOLINO                        |
| P8 | MEDIATORE CULTURALE   | € 1.136,97 | SYED ALI KHAN   | CEDOLINO                        |
| P9 | ASSISTENTE LEGALE   | 0,00 €     | STEFANIA DE NICOLAIS                                    | FATTURA                         |
|    | OPERATORE DIURNO  | 0,00 €     | SYED ALI KHAN   | CEDOLINO                        |
|    |   | 743,98 €   | EBRAHIMKHIL NAHEDA                                      | CEDOLINO                        |
|    |   | 743,98 €   | AKBARI ABDUL GHAFAR                                     | CEDOLINO                        |
|    |   | 743,98 €   | SADAT SAYED YASER                                       | CEDOLINO                        |
|    |   | 867,19 €   | HAMDARD NAJEEB ULLAH                                    | CEDOLINO                        |
|    |   | 907,50 €   | AJAB KHAN   | RICEVUTA PRESTAZION OCCASIONALE |
|    | OPERTORE NOTTURNO   | € 0,00     | AJAB KHAN   | RICEVUTA PRESTAZION OCCASIONALE |
|    | <b>TOTALE COSTO VOCE P</b>  |            |   | <b>€ 8.403,56</b>               |

| C  |   |            |   |                              |
|--|---|------------|---|------------------------------|
| Costo collaborazioni esterne - consulenze - figure professionali (ad esempio, avvocati, consulenti fiscali, etc) |   |            |   |                              |
|  |   | IMPORTO    | NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.) | GIUSTIFICATIVI DI SPESA      |
| C1   | <i>Sostegno socio psicologico</i>   | € 93,80    | VITO MINGOLLA   | E' ALL'INTERNOD EL PERSONALE |
| C2   | <i>Informazione normativa- supporto legale</i>                                  | € 0,00     |   |                              |
| C3   | <i>Assistenza Infermieristica e medica</i>                                      | € 0,00     |   |                              |
| C4   | <i>Vigilanza notturna</i>   | € 0,00     |   |                              |
| C5   | <i>Servizio Trasporto</i>   | € 0,00     |   |                              |
| C6   | <i>Italiano</i>   | € 0,00     | BENEDETTA D'EGIDIO                                      |                              |
| <b>TOTALE COSTO VOCE C</b>   |   |            |   | <b>€ 93,80</b>               |
| G  |   |            |   |                              |
| Oneri relativi alla gestione e manutenzione dei CAS  |   |            |   |                              |
|  |   | IMPORTO    | NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.) | GIUSTIFICATIVI DI SPESA      |
| G1   | Opere di manutenzione ordinaria e relativi materiali                            | € 442,59   | CPOLLONE MARIO  | € 128,99                     |
|  |   |            | OBI   | € 313,60                     |
| G2   | Affitto locali, condominio, cauzioni, registrazione contratti riferiti all'anno | € 2.158,00 | PIAZZA CONTEA DI PAGLIARA                               | € 1.100,00                   |
|  |   |            | FAVILLA ROSANNA   | € 458,00                     |
|  |   |            | App. LARGO TORRIONE 9 INT 27 - Cooperativa Al Fallah    | € 300,00                     |
|  |   |            | App. LARGO TORRIONE 9 INT 29 - Cooperativa Al Fallah    | € 300,00                     |
| G3   | Utze  | € 5.989,27 | DOLOMITI ENERGI   | € 1.506,01                   |
|  |   |            | DOLOMITI ENERGI   | € 1.085,54                   |
|  |   |            | DOLOMITI ENERGI   | € 3.397,72                   |
| G4   | Alimenti  | € 433,90   | EUROSPIN S4/249   | € 113,00                     |
|  |   |            | magazzini   | € 177,75                     |
|  |   |            | EUROSPIN S4/252   | € 143,15                     |
| G5   | farmaci   |            |   | RENDICONTO SEMESTRALE        |
| <b>TOTALE COSTO VOCE G</b>   |   |            |   | <b>€ 9.023,76</b>            |

| <b>A</b>                               |   |            |   |   |
|--|---|------------|---|---|
| <b>Spese generali per l'assistenza</b> |   |            |   |   |
|  |   | IMPORTO    | NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.) | GIUSTIFICATIVI DI SPESA   |
| A2                                     | Abbigliamento   |            |   |   |
| A3                                     | Igiene personale  |            |   |   |
| A4                                     | Assistenza infanzia   |            |   |   |
| A5                                     | Materiale ludico/scolastico   |            |   |   |
| A6                                     | Effetti lettereschi   |            |   |   |
| A7                                     | Tessere telefoniche   | € 45,00    | 9 INGRESSO  | RICEVUTA  |
| A8                                     | Pocket Money  | € 2.587,50 | Pocket Money  |   |
| A8-BIS                                 | Kit vestiario primo ingresso  |            | 9 INGRESSI  | UTILIZZATO FONDO MAGAZZINO NON IMPUTATO A SPESE NUOVE A VOSTRO CARICO |
| A9                                     | Servizio lavanderia   |            |   |   |
| A10                                    | Servizio barberia   |            |   |   |
| A11                                    | Spese di trasporto urbano ed extra-urbano, spese di trasferimento, viaggio e soggiorno temporaneo dei beneficiari | € 21,60    | TRENITALIA  | € 10,80   |
|  |   |            | TRENITALIA  | € 10,80   |
| <b>TOTALE COSTO VOCE A</b>             |   |            |   | <b>€ 2.654,10</b>   |
| <b>I</b>                               |   |            |   |   |
| <b>Spese attività integrazione</b>     |   |            |   |   |
|  |   | IMPORTO    | NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.) | GIUSTIFICATIVI DI SPESA   |
| I2                                     | Borse lavoro e tirocini formativi   |            |   |   |
| I3                                     | Progetti specifici  |            |   |   |
| <b>TOTALE COSTO VOCE I</b>             |   |            |   | <b>€ 0,00</b>   |
| <b>M</b>                               |   |            |   |   |
| <b>Spese relative ai pasti</b>         |   |            |   |   |
|  |   | IMPORTO    | NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.) | GIUSTIFICATIVI DI SPESA   |
| M1                                     | Derrate alimentari  |            |   |   |
|  |   |            |   |   |
|  |   |            |   |   |
| M2                                     | Pasti preconfezionati   |            |   |   |
| M3                                     | ALTRO (SPECIFICARE)   |            |   |   |
| <b>TOTALE COSTO VOCE P</b>             |   |            |   | <b>€ 0,00</b>   |

| <b>S</b>   |  |          |   |                         |
|--|--|----------|---|-------------------------|
| <b>Spese sanitarie</b>                                       |  |          |   |                         |
|  |  | IMPORTO  | NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.) | GIUSTIFICATIVI DI SPESA |
| S2   | Visite specialistiche  |          |   |                         |
| S3   | Altro Farmaci  |          |   |                         |
| <b>TOTALE COSTO VOCE S</b>                                   |  |          |   | <b>€ 0,00</b>           |
| <b>V</b>   |  |          |   |                         |
| <b>Spese varie non ricomprese nelle precedenti categorie</b> |  |          |   |                         |
|  |  | IMPORTO  | NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.) | GIUSTIFICATIVI DI SPESA |
| V2   | Spese per pratiche burocratiche relative al rilascio o rinnovo permessi di soggiorno           |          |   |                         |
| V3   | Polizze assicurative CAS   |          |   |                         |
| V4   | Altre polizze (specificare)  |          |   |                         |
|  | Imposte e tasse (specificare)  |          |   |                         |
| V5   | Spese per fidejussioni richieste a titolo di garanzia  |          |   |                         |
| <b>TOTALE COSTO VOCE V</b>                                   |  |          |   | <b>€ 0,00</b>           |
| <b>CI</b>  |  |          |   |                         |
| <b>Costi indiretti (MAX 10% del totale)</b>                  |  |          |   |                         |
|  |  | IMPORTO  | NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.) | GIUSTIFICATIVI DI SPESA |
| C12  | Spese di carburante per automezzi di servizio (anche per automezzi di proprietà del personale) | € 352,79 | GRAMA   | € 51,00                 |
|  |  |          | GRAMA   | € 50,00                 |
|  |  |          | GRAMA   | € 51,79                 |
|  |  |          | GRAMA   | € 100,00                |
|  |  |          | GRAMA   | € 50,00                 |
|  |  |          | GRAMA   | € 50,00                 |
| C13  | Spese di cancelleria   | € 157,50 | COMMERCIALTECNICA                                       | € 90,00                 |
|  | Spese di cancelleria   |          | COMMERCIALTECNICA                                       | € 67,50                 |
| C15  | ALTRO (SPECIFICARE)  |          |   |                         |
| <b>TOTALE COSTO VOCE CI</b>                                  |  |          |   | <b>€ 510,29</b>         |

|   |             |
|---|-------------|
| <b>A. TOTALE MENSILE ONERI RENDICONTI</b>                     | € 20.685,51 |
| <b>TOTALE RIMBORSO SCHEDE TELEFONICHE</b>                     | 45          |
| <b>TOTALE RIMBORSO KIT INGRESSO VESTIARIO</b>                 | 0           |
| <b>TOTALE ORE MEDICO</b>                                      | 0           |
| <b>MAGGIORAZIONE MINORI</b>                                   | € 9,00      |
| <b>B. CORRISPETTIVO TEORICO MENSILE IN BASE ALLE PRESENZE</b> | € 26.839,75 |
| <b>DIFFERENZA (B-A)</b>                                       |             |

## ENTE GESTORE:

La sottoscritta Simona Fernandez in qualità di rappresentante legale e presidente di Ass. Salam, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che i dati riportati nel presente prospetto corrispondono alle presenze effettive nei centri gestiti e riscontrabili nella documentazione allegata.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## RIEPILOGO PRESENZE GIORNALIERE

MESE ED ANNO DI RIFERIMENTO: LUGLIO 2022

| GIORNO DEL MESE        | NOME STRUTTURA N. 1<br>Largo Torrione 9 -<br>INTERNO 29<br>Isola del Gran Sasso | NOME STRUTTURA N. 2<br>SAN PIETRO- Isola del<br>Gran Sasso | NOME STRUTTURA N. 3<br>SAN MASSIMO - Isola<br>del Gran Sasso | NOME STRUTTURA N.4<br>Largo Torrione 9<br>INTERNO 27<br>Isola del Gran Sasso | NOME STRUTTURA N.5<br>PIAZZA CONTEA DI<br>PAGLIARA - Isola del<br>Gran Sasso - INT 1 | NOME STRUTTURA N.6<br>PIAZZA CONTEA DI<br>PAGLIARA - Isola del<br>Gran Sasso - INT 2 | NOME STRUTTURA N.7<br>PIAZZA CONTEA DI<br>PAGLIARA - Isola del<br>Gran Sasso - INT 2 | NOTE        |
|------------------------|---|--|--|--|--|--|--|-------------|
| 1                      | 6   | 6  | 0  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 2                      | 9   | 6  | 0  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 3                      | 9   | 6  | 0  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 4                      | 9   | 6  | 0  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 5                      | 6   | 6  | 0  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 6                      | 6   | 6  | 0  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 7                      | 6   | 6  | 0  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 8                      | 6   | 6  | 0  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 9                      | 6   | 6  | 0  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 10                     | 6   | 6  | 0  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 11                     | 6   | 6  | 0  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 12                     | 6   | 6  | 0  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 13                     | 8   | 7  | 2  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 14                     | 8   | 7  | 2  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 15                     | 8   | 7  | 2  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 16                     | 8   | 7  | 2  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 17                     | 8   | 7  | 2  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 18                     | 8   | 7  | 2  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 19                     | 8   | 7  | 2  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 20                     | 8   | 7  | 2  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 21                     | 8   | 7  | 2  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 22                     | 8   | 7  | 3  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 23                     | 8   | 7  | 3  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 24                     | 8   | 7  | 3  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 25                     | 8   | 7  | 3  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 26                     | 8   | 7  | 3  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 27                     | 8   | 7  | 3  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 28                     | 8   | 7  | 3  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 29                     | 8   | 7  | 3  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 30                     | 8   | 7  | 3  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 31                     | 8   | 7  | 3  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| <b>TOTALI PRESENZE</b> | <b>233</b>  | <b>205</b>   | <b>48</b>  | <b>124</b>   | <b>124</b>   | <b>248</b>   | <b>93</b>  | <b>1075</b> |

|   |   |   |   |     |   |   |  |  |
|---|---|---|---|-----|---|---|--|--|
| NUCLEI FAM. SUPERIORI<br>A 3 PERSONE                    | 0 | 0 | 0 | 1   | 0 | 0 |  |  |
| N. DI PERSONE CHE<br>COMPONGONO TALI<br>NUCLEI          | 0 | 0 | 0 | 4   | 0 | 0 |  |  |
| N. GIORNI DI PRESENZA<br>NEL MESE DEI SUDETTI<br>NUCLEI | 0 |   | 0 | 124 | 0 | 0 |  |  |

| TOTALE POCKET MONEY<br>EROGATI* | SINGOLI  | SINGOLI         | SINGOLI         | FAMIGLIA        | FAMIGLIA        | SINGOLI         | SINGOLI         |                   |
|---------------------------------|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| <b>IMPORTO</b>                  | <b>€ 582,50</b>  | <b>€ 512,50</b> | <b>€ 120,00</b> | <b>€ 310,00</b> | <b>€ 232,50</b> | <b>€ 620,00</b> | <b>€ 232,50</b> | <b>€ 2.587,50</b> |
| <b>NOTE</b>                     | <b>3 PERSONE ALLONTANTE DOPO 3 GIORNI DALL'INGRESSO PERTANTO NO HANNO RICEVUTO IL POCKET DI 3 PERSNEX 3 GIORNI 2,5=22,50</b> |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                   |



**ENTE GESTORE:**

La sottoscritta Simona Fernandez in qualità di rappresentante legale e presidente di Ass. Salam, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che i dati riportati nel presente prospetto corrispondono alle presenze effettive nei centri gestiti e riscontrabili nella documentazione allegata.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ORE MEDICO**

**MESE ED ANNO DI RIFERIMENTO: LUGLIO 2022**

| <b>C</b>  |                       |                |                    |  |                                |
|---|-----------------------|----------------|--------------------|--|--------------------------------|
| <b>Costo collaborazioni esterne - consulenze - figure professionali (ad esempio, avvocati, consulenti fiscali, etc)</b> |                       |                |                    |  |                                |
|   |                       | <b>IMPORTO</b> | <b>ORE EROGATE</b> | <b>NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)</b> | <b>GIUSTIFICATIVI DI SPESA</b> |
| C3  | MEDICO OSVALDO LAZARO | € 8,00         | 0                  | ORE MEDICO NON UTILIZZATE                                      | FATTURA                        |
| <b>TOTALE ORE ESURITE NEI MESI PRECEDENTI</b>   |                       |                |                    |  |                                |
| <b>TOTALE</b>   |                       |                |                    |  | <b>€ 0,00</b>                  |

**ENTE GESTORE:**

La sottoscritta Simona Fernandez in qualità di rappresentante legale e presidente di Ass. Salam, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che i dati riportati nel presente prospetto corrispondono alle presenze effettive nei centri gestiti e riscontrabili nella documentazione allegata.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**KIT PRIMO INGRESSO**

**MESE ED ANNO DI RIFERIMENTO: LUGLIO 2022**

| <b>C</b>      |                              | <b>Costo collaborazioni esterne - consulenze - figure professionali (ad esempio, avvocati, consulenti fiscali, etc)</b> |  |                                |
|---------------|------------------------------|---|--|--------------------------------|
|               |                              | <b>IMPORTO</b>  | <b>NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)</b> | <b>GIUSTIFICATIVI DI SPESA</b> |
| A7            | Tessere telefoniche          | € 45,00   | NESSUNO  | FOGLIO FIRMA OSPITE            |
| A8- BIS       | Kit vestiario primo ingresso | € 0,00  | NESSUNO  | FATTURA                        |
| <b>TOTALE</b> |                              |   |  | <b>€ 45,00</b>                 |