

**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                               | 1.229,12 €       | 1.459,12 €       |
| MEDICO              | DOTT. OSVALDO        | medico  | NO                                   | 0                                | 0                                | 0,00 €           | 0,00 €           |
| ASSISTENTE SOCIALE  | TRALCE MARTINA       | ASSISTENTE SOCIALE  | NO                                   | 50                               | 50                               | 518,00 €         | 563,35 €         |
| MEDIATORE CULTURALE | SYED ALI KHAN        | MEDIATORE   | NO                                   | 166                              | 54                               | 187,00 €         | 1.430,99 €       |
| INFORMATIVA LEGALE  | STEFANIA DE NICOLAIS | INF. LEGALE   | NO                                   | 29                               | 29                               | 0,00 €           | 0,00 €           |
| OPERATORE DIURNO    | SYED ALI KHAN        | OP DIURNO   | NO                                   | 166                              | 112                              | 0,00 €           | 0,00 €           |
|                     | EBRAHIMKHIL NAHEDA   | OP DIURNO   | NO                                   | 90                               | 90                               | 777,00 €         | 835,65 €         |
|                     | AKBARI ABDUL GHAFAR  | OP DIURNO   | NO                                   | 90                               | 90                               | 777,00 €         | 835,65 €         |
|                     | SADAT SAYED YASER    | OP DIURNO   | NO                                   | 90                               | 90                               | 732,00 €         | 790,97 €         |
|                     | AJAB KHAN            | OP DIURNO   | NO                                   | 208                              | 208                              | 640,00 €         | 800,00 €         |
| OPERATORE NOTTURNO  | RAFI KARIMI          | OP. NOTTURNO  | NO                                   | 360                              | 248                              | 640,00 €         | 800,00 €         |
| PSICOLOGO           | VITO MINGOLLA        | PSICOLOGO   | NO                                   | 27                               | 27                               | 0,00 €           | 0,00 €           |
| ITALIANO            | BENEDETTA D'EGIDIO   | LEZIONI   | NO                                   | 22                               | 22                               | 640,00 €         | 800,00 €         |

1. Se sì, 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: SETTEMBRE 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                           | 166   | 54  |   |
|                                     |  |  | <b>TOTALI (5)</b>                       | <b>166</b>  | <b>54</b>   |   |
| INFORMATIVA LEGALE                  | 27   | 29   | STEFANIA DE NICOLAIS                    | 29  | 29  |   |
|                                     |  |  | <b>TOTALI (5)</b>                       | <b>29</b>   | <b>29</b>   |   |
| ASSISTENZA SOCIALE                  | 35   | 50   | TRALCE MARTINA                          | 50  | 50  |   |
|                                     |  |  | <b>TOTALI (5)</b>                       | <b>50</b>   | <b>50</b>   |   |
| ASSISTENZA SANITARIA MEDICO         | 20   | 0  | DOTT. OSVALDO                           | 0   | 0   |   |
|                                     |  |  | <b>TOTALI (5)</b>                       | <b>0</b>  | <b>0</b>  |   |
| OPERATORE DIURNO                    | 600  | 600  | SYED ALI KHAN                           | 166   | 112   |   |
|                                     |  |  | EBRAHIMKHIL NAHEDA                      | 90  | 90  |   |
|                                     |  |  | AKBARI ABDUL GHAFAR                     | 90  | 90  |   |
|                                     |  |  | SADAT SAYED YASER                       | 90  | 90  |   |
|                                     |  |  | MARTINA TRALCE                          | 45  | 10  |   |
|                                     |  |  | AJAB KHAN                               | 208   | 208   |   |
|                                     |  |  | <b>TOTALI (5)</b>                       | <b>689</b>  | <b>600</b>  |   |
| OPERATORE NOTTURNO                  | 240  | 248  | RAFI KARIMI                             | 360   | 248   |   |
|                                     |  |  | <b>TOTALI (5)</b>                       | <b>360</b>  | <b>248</b>  |   |

| Bilancio dei costi sostenuti  |   |   |                                 |
|---|---|---|---------------------------------|
| L'operatore deve compilare il riepilogo dei costi sostenuti, contraddistinto nell'ordine per la voce per categoria, i costi devono essere adeguatamente documentati mediante i giustificativi di spesa da allegare. L'Ufficio è tenuto a effettuare ulteriori verifiche nel caso di riepilogo che richieda l'ottenimento di un maggior livello di trasparenza rispetto al corrispettivo patrimoniale.   |   |   |                                 |
| GESTIONE ANS N.46/AN  |   |   |                                 |
| MESSE SETTEMBRE 2022  |   |   |                                 |
| La contabilità Mensa Fornitrice in qualità di agente economico legittimo è procedibile di suo diritto, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, con riguardo delle responsabilità della parte pubblica, nella legge per l'attuazione di quanto stabilito dall'art. 10 del D.P.R. 445/2000, nonché della disciplina del bilancio, con riferimento ai procedimenti concernenti la prestazione di servizi, alla loro esecuzione e alla loro valutazione, con particolare riferimento alla responsabilità dell'ENTRATA che i dati riportati nel presente prospetto corrispondono alle spese effettivamente sostenute per la prestazione dei servizi di accoglienza e ricoverabili nella denominazione di seguito. |   |   |                                 |
| Data _____ Firma _____  |   |   |                                 |
| <b>Costi dei personale stabilmente impiegato subordinato e paravolontario</b>   |   |   |                                 |
| P   | INDIPENDENTI  | NOMINATIVO/NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, C.F. P.F.V.A.) | GESTIONE ATTIVITA' DI SPESA     |
| P1  | DIRETTORI CENTRALI  | STEFANIA DE NICOLAS                                       | FATTURA                         |
| P2  | MESE  | ROTTI ENRICO  | CEDEAS                          |
| P3  | ISTITUTO SCOLASTICO   | TRICIA MOTTOLA  | CEDEAS                          |
| P4  | MEDICINE CURATIVE   | STEFANO BASSON  | CEDEAS                          |
| P5  | ASSISTENZE LEGALE   | STEFANIA DE NICOLAS                                       | FATTURA                         |
|   |   | STEFANO BASSON  | CEDEAS                          |
|   |   | FRANCESCO MARIANO   | CEDEAS                          |
| P14   | OPERATORE DI BENDI  | ANDRE' ANTONIO CONIGLIAR                                  | CEDEAS                          |
|   |   | SADAT SAIED VASIR   | CEDEAS                          |
| P11   | OPERATORE NOTTURNO  | MARILYN   | DEVIATA PRESTAZIONE OCCASIONALE |
|   |   | ELOT LABRINI  | DEVIATA PRESTAZIONE OCCASIONALE |
| <b>TOTALE CORSO MESSA P</b>   |   |   | <b>€ 7.112,50</b>               |
| <b>Costi collaboratori esterni - consulenze - Esperti professionali (ad esempio, avvocati, contabili, fiscalisti, ecc.)</b>   |   |   |                                 |
| C   | INDIPENDENTI  | NOMINATIVO/NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, C.F. P.F.V.A.) | GESTIONE ATTIVITA' DI SPESA     |
| C1  | Strategie servizi paravolontario  | VEDI MINGOLLA   | E' ALL'INTERNO DEL PERSONALE    |
| C2  | Adempimenti amministrativi - supporto fiscale   |   |                                 |
| C3  | Assistenza amministrativa e medica  |   |                                 |
| C4  | Figliolina sanitaria  |   |                                 |
| C5  | Severità contabile  |   |                                 |
| C6  | Altre   | BENNETTA DI GIARDINO                                      |                                 |
| <b>TOTALE CORSO MESSA C</b>   |   |   | <b>€ 900,00</b>                 |
| <b>Costi relativi alla gestione e manutenzione del C.A.E.</b>   |   |   |                                 |
| G   | INDIPENDENTI  | NOMINATIVO/NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, C.F. P.F.V.A.) | GESTIONE ATTIVITA' DI SPESA     |
| G1  | Opere di manutenzione ordinaria e relativi materiali  | BORGIA  | FATTURA                         |
| G2  | Opere di manutenzione ordinaria e relativi materiali  | DEL MONDO   | FATTURA                         |
| G3  | Opere di manutenzione ordinaria e relativi materiali  | TERAMO SHOP   | FATTURA                         |
|   |   | PIAZZA CONTE DI AGILNOVA                                  | € 1.000,00                      |
|   |   | FATTORIA BOSSIANA   | € 700,00                        |
| G2  | Affitti locali, comodato, comodato, impegnativo comodatario, officio affitti  | App. LARGO TORREBONE 0 INT17 - Cooperativa Affilia        | € 200,00                        |
|   |   | VIA CAMPO GIOIA/Anni locati                               | € 200,00                        |
|   |   | App. LARGO TORREBONE 0 INT20 - Cooperativa Affilia        | € 200,00                        |
|   |   | DOLCOMITI   | € 3.207,32                      |
|   |   | HERA  | € 76,39                         |
|   |   | HERA  | € 141,07                        |
|   |   | HERA  | € 207,12                        |
| G3  | Utensili  | DOLCOMITI   | € 1.074,24                      |
|   |   | ENEL  | € 771,07                        |
|   |   | ENEL  | € 1.028,32                      |
|   |   | DOLCOMITI   | € 1.206,61                      |
|   |   | DOLCOMITI   | € 1.242,51                      |
| G4  | Altre   |   |                                 |
| G5  | Altre   |   |                                 |
| <b>TOTALE CORSO MESSA G</b>   |   |   | <b>€ 13.079,28</b>              |
| <b>Spese generali per l'assistenza</b>  |   |   |                                 |
| A   | INDIPENDENTI  | NOMINATIVO/NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, C.F. P.F.V.A.) | GESTIONE ATTIVITA' DI SPESA     |
| A2  | Obbligazioni  |   |                                 |
| A3  | Spese personali   |   |                                 |
| A4  | Assicurazioni   |   |                                 |
| A5  | Materiali informatici   |   |                                 |
| A6  | Spese informatiche  | 10 BONDURI  |                                 |
| A7  | Spese informatiche  |   |                                 |
| A8  | Prodotto Mensa  | NOMINATIVO ALLEGATI                                       |                                 |
| A9  | Altre attività per il servizio  | TERAMO SHOP   | FATTURA                         |
| A10   | Altre   |   |                                 |
| A11   | Spese di trasporto affitti ed attività relative, spese di manutenzione, viaggio e soggiorno, trasporto di beneficiari |   |                                 |
| <b>TOTALE CORSO MESSA A</b>   |   |   | <b>€ 3.000,01</b>               |
| <b>Spese attività integrative</b>   |   |   |                                 |
| I   | INDIPENDENTI  | NOMINATIVO/NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, C.F. P.F.V.A.) | GESTIONE ATTIVITA' DI SPESA     |
| I1  | Basse lavoro e attività formative   |   |                                 |
| I2  | Altre attività  |   |                                 |
| <b>TOTALE CORSO MESSA I</b>   |   |   | <b>€ 0,00</b>                   |
| <b>Spese relative ai posti</b>  |   |   |                                 |
| M   | INDIPENDENTI  | NOMINATIVO/NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, C.F. P.F.V.A.) | GESTIONE ATTIVITA' DI SPESA     |
| M1  | Costo alimentari  | EUROPEA SOSTI   | € 770,30                        |
|   |   | DELICATO  | € 12,00                         |
|   |   | SCOP  | € 400,00                        |
|   |   | MARITTIMI AL  | € 100,00                        |
|   |   | MARITTIMI AL  | € 100,00                        |
| M2  | Costo posti letto   |   |                                 |
| M3  | Altre (spese per il servizio)   |   |                                 |
| <b>TOTALE CORSO MESSA M</b>   |   |   | <b>€ 1.372,30</b>               |
| <b>Spese sanitarie</b>  |   |   |                                 |
| S   | INDIPENDENTI  | NOMINATIVO/NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, C.F. P.F.V.A.) | GESTIONE ATTIVITA' DI SPESA     |
| S2  | Medici specialistiche   |   |                                 |
| S3  | Altre farmaci   |   |                                 |
| <b>TOTALE CORSO MESSA S</b>   |   |   | <b>€ 0,00</b>                   |
| <b>Spese varie non ricomprese nelle precedenti categorie</b>  |   |   |                                 |
| V   | INDIPENDENTI  | NOMINATIVO/NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, C.F. P.F.V.A.) | GESTIONE ATTIVITA' DI SPESA     |
| V2  | Spese per pratiche burocratiche relative al rilascio e rinnovo permesso di soggiorno                                  |   |                                 |
| V3  | Pratiche assicurative CAS   | € 600,00  | ALLIQUOTA                       |
| V4  | Altre attività (spese relative a) Bagnini e Utensili (spese relative a)   | € 1.100,00  | ALLIQUOTA                       |
|   |   |   | ASSICURAZIONE VITALE 170,00     |
| V5  | Spese per fabbricazione indumenti a titolo di garanzia  |   |                                 |
| <b>TOTALE CORSO MESSA V</b>   |   |   | <b>€ 1.700,00</b>               |
| <b>Costi indiretti (MAX 5% del totale)</b>  |   |   |                                 |
| C2  | INDIPENDENTI  | NOMINATIVO/NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, C.F. P.F.V.A.) | GESTIONE ATTIVITA' DI SPESA     |
|   |   | GRAMA   | € 90,00                         |
|   |   | STRATTONI   | € 700,00                        |
|   |   | GRAMA   | € 100,00                        |
| C3  | Spese di cancelleria  |   |                                 |
| C5  | ALTRI (SPECIFICARE)   |   |                                 |
| <b>TOTALE CORSO MESSA C</b>   |   |   | <b>€ 1.890,00</b>               |

|   |             |
|---|-------------|
| <b>A. TOTALE MENSI E ONERI RENDICONTI</b>   | € 30.709,28 |
| <b>TOTALE RIMBORSO SU MESE TELECOMUNICAZIONI</b>  | 0           |
| <b>TOTALE RIMBORSO SU MESE INCASSO VESTIBOLO</b>  | 242,41      |
| <b>TOTALE ORE MEDICO</b>  | 0           |
| <b>MAGGIORAZIONE MENSI</b>  | € 9,20      |
| <b>B. CORRISPETTIVO TEORICO MENSI (A) + (B) + (C) + (D) + (E) + (F) + (G) + (H) + (I) + (L) + (M) + (N) + (O) + (P) + (Q) + (R) + (S) + (T) + (U) + (V) + (W) + (X) + (Y) + (Z)</b> | € 31.200,89 |
| <b>DIFFERENZIALE (A)</b>  | € 47.703,01 |

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

DICHARA

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: SETTEMBRE 2022

| GIORNO DEL MESE        | NOME STRUTTURA N. 1<br>Largo Torrione 9 -<br>INTERNO 29<br>Isola del Gran Sasso | SAN PIETRO VIA DELLA<br>PINETA | CAMPO GIOVE | MADONNA DELLE<br>GRAZIE | SAN PIETRO | NOME STRUTTURA N. 3<br>SAN MASSIMO - Isola del<br>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.<br>7PIAZZA CONTEA DI<br>PAGLIARA - Isola del<br>Gran Sasso - INT 2 | NOTE        |
|------------------------|---|--------------------------------|-------------|-------------------------|------------|--|--|--|--|--|-------------|
| 1                      | 8   | 8                              | 6           | 19                      | 7          | 3  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 2                      | 7   | 8                              | 6           | 15                      | 7          | 3  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 3                      | 8   | 8                              | 6           | 19                      | 7          | 3  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 4                      | 8   | 8                              | 6           | 19                      | 7          | 3  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 5                      | 8   | 8                              | 6           | 19                      | 7          | 3  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 6                      | 8   | 8                              | 6           | 19                      | 7          | 3  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 7                      | 8   | 8                              | 6           | 19                      | 7          | 3  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 8                      | 8   | 8                              | 5           | 19                      | 7          | 2  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 9                      | 8   | 8                              | 5           | 19                      | 7          | 2  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 10                     | 8   | 8                              | 5           | 19                      | 7          | 2  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 11                     | 8   | 8                              | 5           | 19                      | 7          | 2  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 12                     | 8   | 8                              | 5           | 19                      | 7          | 2  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 13                     | 8   | 8                              | 5           | 15                      | 7          | 2  | 4  | 4  | 8  | 3  |             |
| 14                     | 8   | 8                              | 5           | 19                      | 7          | 2  | 4  | 3  | 8  | 3  |             |
| 15                     | 8   | 8                              | 5           | 19                      | 7          | 2  | 4  | 3  | 8  | 3  |             |
| 16                     | 8   | 8                              | 5           | 16                      | 7          | 2  | 4  | 3  | 8  | 3  |             |
| 17                     | 8   | 8                              | 5           | 16                      | 7          | 2  | 3  | 3  | 8  | 3  |             |
| 18                     | 8   | 8                              | 5           | 16                      | 7          | 2  | 3  | 3  | 8  | 3  |             |
| 19                     | 8   | 8                              | 5           | 16                      | 7          | 2  | 3  | 3  | 8  | 3  |             |
| 20                     | 8   | 8                              | 5           | 14                      | 7          | 2  | 3  | 3  | 8  | 3  |             |
| 21                     | 8   | 8                              | 5           | 14                      | 7          | 2  | 3  | 3  | 8  | 3  |             |
| 22                     | 8   | 8                              | 5           | 14                      | 7          | 2  | 3  | 3  | 8  | 3  |             |
| 23                     | 8   | 8                              | 5           | 14                      | 7          | 2  | 3  | 3  | 8  | 3  |             |
| 24                     | 8   | 8                              | 5           | 14                      | 7          | 2  | 3  | 3  | 8  | 3  |             |
| 25                     | 8   | 8                              | 5           | 14                      | 7          | 2  | 3  | 3  | 8  | 3  |             |
| 26                     | 8   | 8                              | 5           | 14                      | 7          | 2  | 3  | 3  | 8  | 3  |             |
| 27                     | 8   | 8                              | 5           | 14                      | 7          | 2  | 3  | 3  | 8  | 3  |             |
| 28                     | 8   | 8                              | 5           | 14                      | 7          | 2  | 3  | 3  | 8  | 3  |             |
| 29                     | 8   | 8                              | 5           | 14                      | 7          | 2  | 4  | 3  | 8  | 3  |             |
| 30                     | 8   | 8                              | 5           | 15                      | 7          | 2  | 4  | 3  | 8  | 3  |             |
| <b>TOTALI PRESENZE</b> | <b>239</b>  | <b>240</b>                     | <b>157</b>  | <b>496</b>              | <b>210</b> | <b>67</b>  | <b>108</b>   | <b>103</b>   | <b>240</b>   | <b>90</b>  | <b>1950</b> |

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

| TOTALE POCKET MONEY<br>EROGATI* | SINGOLI         | SINGOLI         | SINGOLI         | SINGOLI           | SINGOLI         | SINGOLI         | FAMIGLIA        | FAMIGLIA        | SINGOLI         | SINGOLI         |   |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---|
| <b>IMPORTO</b>                  | <b>€ 597,50</b> | <b>€ 600,00</b> | <b>€ 392,50</b> | <b>€ 1.240,00</b> | <b>€ 525,00</b> | <b>€ 167,50</b> | <b>€ 270,00</b> | <b>€ 257,50</b> | <b>€ 600,00</b> | <b>€ 225,00</b> | <b>€ 4.875,00</b>   |
| <b>NOTE</b>                     |                 |                 |                 |                   |                 |                 |                 |                 |                 |                 | <b>I POCKET EROGATI SONO DI MENO INQUANTO<br/>DELLE PERSONE SI OSNO ALLONTANTE<br/>RENDENDOSI IRREPERIBILI E PERTANTO IL<br/>PCOKET NON È STAATO CORRISPOTO</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: SETTEMBRE 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: SETTEMBRE 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          | € 50,00   | FOGLIO INTERNO   | FOGLIO FIRMA OSPITE            |
| A8- BIS       | Kit vestiario primo ingresso | € 242,61  | FATTURA ALLEGATA   | FATTURA                        |
| <b>TOTALE</b> |                              |   |  | <b>€ 292,61</b>                |