

**Allegato 2
Piano di Servizio**

NOME ENTE ACCREDITATO		
SEDE OPERATIVA	indirizzo	
	Telefono/fax	
	e-mail	
	sito web	

Compilare solo gli interventi per i quali si richiede l'accREDITamento come da disposizioni richiamate nell'avviso (art 7 Requisiti di idoneità professionale)

Ricovero temporaneo in struttura residenziale	
Breve Descrizione servizio	
Periodo di attivazione del servizio nei 2 anni precedenti	

Prestazione socioeducativa/educativa fuori dal domicilio	
Breve Descrizione servizio	
Ente pubblico/privato per il quale è stato gestito il servizio	
Periodo di attivazione del servizio nei 2 anni precedenti	

Prestazione percorsi di sostegno psicologico (individuale o gruppo) rivolti al caregiver familiare	
Breve Descrizione servizio	
Ente pubblico/privato per il quale è stato gestito il servizio	
Periodo di attivazione del servizio nei 2 anni precedenti	

Organigramma del personale e funzionigramma	
Breve Descrizione (è possibile allegare documento)	

Azioni a contrasto e contenimento del turn over	
Breve Descrizione (è possibile allegare documento)	

Piano di supervisione, coordinamento e formazione degli operatori	
Breve Descrizione (è possibile allegare documento)	

Certificazioni di qualità (se presenti)	
Breve Descrizione (è possibile allegare documento)	

Strumenti e metodologie per la rilevazione della soddisfazione	
Breve Descrizione (è possibile allegare documento)	

Procedure per la gestione dei reclami e dei disservizi	
Breve Descrizione (è possibile allegare documento)	

Proposte e idee per apportare miglioramenti e/o servizi aggiuntivi a quanto già disciplinato nell'avviso	
Breve Descrizione (è possibile allegare documento)	