



Allegato 2

VERBALE DI VISITA ALLA STRUTTURA RICHIEDENTE L’AFFILIAZIONE (Nuova OpT)

Il giorno/...../....., alle oreil sottoscritto:

cognome..... nome

incaricato dalla Organizzazione partner Capofila (OpC):

.....,
si è recato presso la Struttura:

.....

La visita, effettuata alla presenza del Sig./Sig.ra.....,

in qualità di, ha accertato quanto segue:

- 1) Il legale rappresentante è il/la Sig./Sig.ra
- 2) La Struttura ha sede legale in via
cap Comune Prov.....

Codice Fiscale Struttura

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

con **sede operativa** (se diversa della sede legale)

in viatel

cap Comune Prov.....;

- 3) Il **magazzino** sito in via tel
cap Comune Prov.....

- è dotato di struttura frigorifera Sì NO
- è idoneo allo stoccaggio di prodotti alimentari confezionati Sì NO

- 4) la Struttura è un/una:

- Organismo pubblico
- Organizzazione senza scopo di lucro
- Ente religioso civilmente riconosciuto

- 5) non si tratta di struttura accreditata presso la Pubblica Amministrazione (Centri di accoglienza, case-famiglia, ecc.) che percepisce finanziamenti pubblici a copertura dei servizi rivolti all’utenza assistita o che riceve finanziamenti parziali di cui non sia possibile distinguere chiaramente la destinazione

Sì NO



- 6) La Struttura svolge una attività di sostentamento alimentare a persone in condizione di indigenza tramite una o più delle seguenti “attività”:

	Totale Assistiti continuativi (a)	Totale Assistiti saltuari (b)	Totale Assistiti (c=a+b)
Distribuzione domiciliare			
Distribuzione pacchi			
Emporio sociale			
Mensa			
Unità di strada			
Totale complessivo per colonna			

- 7) da quanti anni svolge questa/e “attività”
- 8) per quanti giorni all’anno svolge questa/e “attività”
- 9) per svolgere questa/e “attività” si avvale dell’aiuto di quante persone
- 10) gli assistiti non versano un corrispettivo o contributo
- 11) gli assistiti sono persone in condizioni di indigenza
- 12) approvvigionamento prodotti alimentari

12a) riceve gratuitamente generi alimentari non FEAD SÌ NO

12b) se SI da chi?

- Altre OpC:
- Aziende Alimentari
- Raccolte presso supermercati
- Altro

- 13) la OpT si impegna ad attuare una o più delle seguenti “misure di accompagnamento”:
- Accoglienza e ascolto: attività di primo contatto per accogliere e valutare la domanda di aiuto/bisogno;
 - Informazione, consulenza e orientamento: attività volte a orientare e facilitare l’accesso alla rete territoriale dei servizi, informazione sulle procedure e assistenza per le pratiche amministrative;
 - Accompagnamento ai servizi: sostegno all’accesso al sistema dei servizi locale e lavoro di rete con i servizi locali;
 - Sostegno psicologico;



UNIONE EUROPEA
FEAD

fead

M

MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI



- Educativa alimentare: supporto allo sviluppo di comportamenti alimentari corretti e consapevoli;
- Consulenza nella gestione del bilancio familiare: supporto alla pianificazione e gestione delle spese;
- Sostegno scolastico: sostegno a bambini e ragazzi nelle attività di studio;
- Sostegno e orientamento alla ricerca di lavoro: assistenza nella compilazione di C.V. e delle domande di lavoro, preparazione ai colloqui, individuazione delle offerte di impiego, indirizzamento ai Centri per l'Impiego;
- Prima assistenza medica: assistenza medica qualificata, distribuzione di farmaci da parte di personale specializzato, servizi ambulatoriali;
- Tutela legale: consulenza legale per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale;
- Altro: specificare

RESPONSABILE E/O DELEGATO DELLA STRUTTURA

(Timbro e firma)

RESPONSABILE E/O DELEGATO DELL'OPC

(Timbro e firma)
