***Allegato 2***

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

Il giorno ....../...…/……......, alle ore ………………………...il 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 via ………………………………………………………………………………………………………tel …………………………………

 cap ................... Comune ………………………………………………………………………………………… Prov………;

1. 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
1. la Struttura è un/una:

Organismo pubblico

 Organizzazione senza scopo di lucro

 Ente religioso civilmente riconosciuto

1. 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
2. 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) | Suddivisione per genere del totale assistiti | Suddivisione per fasce d’età del totale assistiti | Suddivisione per altre tipologie di condizioni sul totale degli assistiti |
| Femmine | Maschi | <=15 | 16-64 | >=65 | Migranti, stranieri e minoranze | Disabili | Senza dimora |
| Mensa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Distribuzione pacchi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Emporio sociale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Distribuzione domiciliare |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Unità di strada |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Totale complessivo per colonna |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. da quanti anni svolge questa/e “attività” …………
2. per quanti giorni all’anno svolge questa/e “attività” …………
3. per svolgere questa/e “attività” si avvale dell’aiuto di quante persone …………
4. gli assistiti non versano un corrispettivo o contributo
5. gli assistiti sono persone in condizioni di indigenza
6. 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 ……………………………………………………………………………………………………………………………………;

1. 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;

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 RESPONSABILE E/O DELEGATO DELL’OPC

 (Timbro e firma) (Timbro e firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_