

**SCHEDA DI RENDICONTAZIONE ANNO 2023/2024
CONCESSIONE LOCALI SCOLASTICI**

SPAZIO CONCESSO _____

(indicare scuola)

TIPO LOCALE _____

(palestra, aula, altro)

CONCESSIONARIO _____

(indicare dati dell'Ass./Società codice fiscale)

LEGALE RAPPRESENTANTE _____

(nome e cognome)

DATA O PERIODO DI RIFERIMENTO _____

(indicare sia il periodo sia i giorni e le ore)

TIPOLOGIA ATTIVITA' SVOLTA _____

(indicare lo sport, l'attività ludica, culturale etc.)

NUMERO COMPLESSIVO ISCRITTI _____

MASCHI	...	FEMMINE			
➤ FINO A 10 ANNI			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> n__
➤ DA 11 A 19 ANNI			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> n__
➤ DA 20 A 35 ANNI			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> n__
➤ DA 36 A 64 ANNI			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> n__
➤ OLTRE 65 ANNI			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> n__

PERSONE CON DISABILITÀ/HANDICAP _____

COSTI DI PARTECIPAZIONE _____

NUMERO FINALE DI PARTECIPANTI

MASCHI	...	FEMMINE			
➤ FINO A 10 ANNI			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> n__
➤ DA 11 A 19 ANNI			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> n__
➤ DA 20 A 35 ANNI			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> n__
➤ DA 36 A 64 ANNI			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> n__
➤ OLTRE 65 ANNI			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> n__

PERSONE CON DISABILITÀ/HANDICAP _____

SORVEGLIANZA/SVOLGIMENTO ATTIVITÀ

NUMERO ADDETTI _____ VOLONTARI SI NO n.

QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE _____

VALUTAZIONE DELL'INIZIATIVA DA PARTE DEI PARTECIPANTI AI FINI DI EVENTUALE MIGLIORAMENTO

BASSO MEDIO DISCRETO CON APPREZZAMENTI ELEVATO
OSSERVAZIONI _____

ORIENTAMENTO CHE L'ATTIVITÀ VENGHA REPLICATA SI NO

SPESE SOSTENUTE

CANONE CONCESSIONE € _____

ONERI ACCESSORI (RISCALDAMENTO-ACQUA-ENERGIA ELETTRICA) € _____

ADDETTI ATTIVITÀ SI NO € _____ (in caso affermativo)

PULIZIA E CUSTODIA SI NO € _____ (in caso affermativo)

DEPOSITO CAUZIONALE SI NO € _____ (in caso affermativo)

ASSICURAZIONE € _____ (in caso affermativo)

ALTRE SPESE PER ATTIVITÀ SI NO € _____ (in caso affermativo)
(specificare tipologia)

DATA _____

FIRMA _____

Allegato 1.

RELAZIONE SULLA INIZIATIVA/ATTIVITA' (MAX. UNA CARTELLA)