

Servizio Gestione CAS COOP. SOC. LA SALUTE

CERTIFICAZIONE DELLA SPESA PER LA GESTIONE DELL'ACCOGLIENZA. BIMESTRE GENNAIO-FEBBRAIO 2019

Gestore: COOP. SOC. LA SALUTE

**Quadro I** RIEPILOGO FATTURAZIONE SUDDIVISA PER CENTRO DI ACCOGLIENZA

Centro	Indirizzo	Comune	Presenze (P)	Imp. giornaliero (I) da convenzione	Importo(*) derivante pari a (P) x (I)	Importo(*) eventualm. da rettificare (vedi somma lettera (a) quadro asseverazione del CAS di riferimento). Indicare solo se rettificato come da Quadro IV-f
CAS MAGGIANO		LUCCA	844	34,99	29.531,56	
CAS SAN MARCO		LUCCA	309	34,99	10.811,91	
CAS SAN VITO		LUCCA	226	34,99	7.907,74	
CAS SANT'ANNA		LUCCA	224	34,99	7.837,76	
CAS PONTETETTO		LUCCA	315	34,99	11.021,85	
<b>TOTALE</b>			<b>1918</b>		<b>67.110,82</b>	

(\*) Importi IVA esclusa

A cura del Gestore:

ammontare da indicare in fattura (C)-(B) Euro

importo da fatturare

non imponibile o  imponibile IVA al 5 %

Le prescrizioni contenute nell'articolo 1 del DM del 18.10.2017 sono indicate nei fogli che seguono ad eccezione dei documenti che saranno uniti in copia alla fatturazione del mese di riferimento: a) buste paga dei dipendenti, b) ricevute o fatture dei collaboratori, c) fatture relative agli oneri sostenuti per gli eventuali contratti di subappalto e per i contratti coi fornitori. I documenti saranno muniti, eventualmente, di timbro con l'indicazione percentuale di imputabilità al mese di riferimento e la quota parte costituirà addendo di cui al seguente rendiconto dei costi sostenuti. I documenti avranno numerazione apposta a penna in alto a destra dal n. 1 al n. 23. Si raccomanda di apporre la numerazione rispettando l'ordine di materia.

Il Legale Rappresentante del gestore del Centro (timbro e firma)

Via di Poggio...  
 Tel. 0573...  
 P. IVA 0151201008

**Servizio Gestione CAS COOP. SOC. LA SALUTE**

**CERTIFICAZIONE DELLA SPESA PER LA GESTIONE DELL'ACCOGLIENZA.**

*Gestore: COOP. SOC. LA SALUTE*

**RENDICONTO DEI COSTI SOSTENUTI-  
BIMESTRE GENNAIO/FEBBRAIO 2019**

Quadro II/A

N.	COSTO SOSTENUTO	IMPORTO IN EURO	N.	COSTO SOSTENUTO	IMPORTO IN EURO
1	AFFITTO Strutture CAS	12.350,00	2	CONTRATTO DI ALBERGO (solo alloggio)	
3	CONTRATTO DI ALBERGO (vitto e alloggio)		4	LUCE	479,42
5	ACQUA		6	GAS	1.163,86
7	RIFIUTI		8	COSTO OPERATORI DIURNI	11.563,21
9	COSTO IMPIEGATI/DIRIGENTI	4280,68	10	AVVOCATO A PARCELLA	
11	INFORMAZIONE NORMATIVA	499,98	12	MEDIAZIONE CULTURALE	6.109,32
13	TRASPORTO	199,72	14	AMM.TO AUTOMEZZI	
15	ASSICURAZIONI MEZZI		16	ASSICURAZIONI ATTIVITA'	
17	MANUTENZIONI	196,67	18	MOBILIO	677,98
19	CORSI LINGUA	1.391,48	20	POCKET MONEY	4.422,50
21	VITTO (catering)		22	VITTO (per trasferimento in denaro della quota per acquisto diretto -da parte dei migranti- dei generi alimentari)	
23	VITTO (per consegna buoni spesa per acquisto diretto -da parte dei migranti- dei generi alimentari)	7.920,00	24	VITTO (per acquisto -da parte dei gestori- dei generi alimentari)	171,17
25	PULIZIE (interventi imprese)		26	PULIZIE E IGIENE PERSONALE (acquisto prodotti)	802,13
27	LAVANDERIA (interventi imprese)		28	LAVANDERIA (acquisto prodotti)	
29	SCHEDE TEL. NUOVI ARR.		30	VESTIARIO (Fatt. acq. o stima)	
31	VESTIARIO (per trasferimento in denaro della quota per acquisto diretto -da parte dei migranti - del vestiario)		32	VESTIARIO (per consegna buoni spesa per acquisto diretto -da parte dei migranti - del vestiario)	361,43
33	KIT ACCOGLIENZA		34	EFFETTI LETTERECCI	288,17
15	SPESE SANITARIE	537,91	36	COSTI DIRETTI E IND. ATT. SOCIALIZZAZIONE	
37	BARBERIA		38	COSTI DIVERSI	588,87
39	AMMINISTRAZ. GEN.LE		40	UTENZE	
41	PSICOLOGO	2.311,68	42	EDUCATORE PROFESSIONALE	4.262,18
				<b>TOTALE</b>	<b>60.578,36</b>

**Coop. Sociale La Salute**  
**Soc. Coop. Soc. Onlus**  
 Via di Fregionala, 692/B c/o Palazzo Vedrani  
 Magliano - 55100 Lucca  
 Tel. 0583 464549 - Fax 0583 308042  
 e-mail: c.lasalute@email.it  
 P. Iva 01508690466

Il Legale Rappresentante del gestore del Centro (timbro e firma)

## Servizio Gestione CAS

### CERTIFICAZIONE DELLA SPESA PER LA GESTIONE DELL'ACCOGLIENZA. BIMESTRE GENNAIO/FEBBRAIO 2019

#### GESTIONE MODALITA' IN RETE

##### 1. Centro di Accoglienza denominato **MAGGLIANO**

Sito nel comune di **LUCCA** Località

Con riferimento alla Convenzione CIG 73261989D6 del 20/12/2017 intercorsa con la Prefettura di Lucca.

##### 2. Centro di Accoglienza denominato **SAN MARCO**

Sito nel comune di **LUCCA**

Con riferimento alla Convenzione CIG 73261989D6 del 20/12/2017 intercorsa con la Prefettura di Lucca.

##### 3. Centro di Accoglienza denominato **SAN VITO**

Sito nel comune di **LUCCA**

Con riferimento alla Convenzione CIG 73261989D6 del 20/12/2017 intercorsa con la Prefettura di Lucca.

##### 4. Centro di Accoglienza denominato **SANT'ANNA**

Sito nel comune di **LUCCA**

Con riferimento alla Convenzione CIG 73261989D6 del 20/12/2017 intercorsa con la Prefettura di Lucca.

##### 5. Centro di Accoglienza denominato **PONTETETTO**

Sito nel comune di **LUCCA**

Con riferimento alla Convenzione CIG 73261989D6 del 02/02/2018 intercorsa con la Prefettura di Lucca.

**Gestore: COOP. SOC. LA SALUTE**

#### Quadro IV/D **SCHEMA DELLA DISPOSIZIONE ORARIA DEL SERVIZIO ASSICURATO DAI DIPENDENTI**

Il sottoscritto legale rappresentante, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000,

#### ATTESTA

a mezzo del seguente schema di orario, l'effettuazione del servizio da parte del proprio personale presso il CAS di riferimento e che tutto il personale di cui ha disposto il servizio ha legale contratto di lavoro ed è retribuito a seconda delle norme di legge e del CCNL

#### NOTE DI COMPILAZIONE

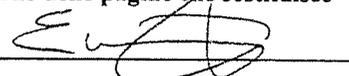
(\*) Indicare: Direttore/Responsabile di CAS, Operatore diurno, Operatore notturno (anche se compatibile con l'offerta presentata), Mediatore linguistico, Psicologo, Insegnante di lingua italiana, Consulente legale, Altra figura professionale (da specificare)

(\*\*) Indicare il mese di invio della copia del contratto (es. 01/18) e non ripetere l'invio fino al cambiamento eventuale del contratto individuale

(\*\*\*) Barrare le righe non compilate

**ATTENZIONE: le due pagine successive possono essere compilate a mano o sostituite dalla stampa del foglio excell fornito da questa Prefettura, avendo cura di riportare fedelmente in tale stampa sia l'esatta intestazione sia la numerazione delle pagine che sostituisce**

Il Legale Rappresentante del gestore del Centro (timbro e firma)

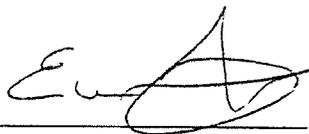


**Coop. Sociale La Salute**  
**Soc. Coop. Soc. Onlus**  
Via di Fregionala, 692/B c/o Palazzo Vedrani  
Magliano - 55100 Lucca  
Tel. 0583 864649 - Fax 0583 306042  
e-mail: c.lasalute@email.it  
P. IVA 017508690468

COGNOME	NOME	QUALIFICA (*)	GIORNI DEL MESE	ORE 08-14 o, In caso di presidio h24, ORE 06-14	ORE 14-20 o, in caso di presidio h24, ORE 14-22	in caso di presidio h24, ORE 22-06	TOTALE ORE LAVOR ATE	CONTRATTO LAVORO (**)	NOTE
		PSICOLOGO	39				254	04/13	48 psicologo e 206 direttore
		PSICOLOGO	40				278	12/17	230 op. diurno e 48 psicologo
		EDUCATORE PROF.	32				194	04/11	
		PSICOLOGO	33				168	07/16	
		MEDIATORE CULTURALE	24				144	10/16	Reperibilità notturna
		MEDIATORE CULTURALE	13				78	10/18	
		MEDIATORE CULTURALE	12				72	02/19	
		OPERATORE DIURNO	15				45	04/16	
		OPERATORE DIURNO	40				140	01/18	
		OPERATORE DIURNO	3				6		
		INSEGNANTE ITALIANO	26				66	11/18	
		CONSULENTE LEGALE	11				45	01/18	
		CONSULENTE LEGALE	3				9	01/18	
<b>TOTALE</b>							<b>1499</b>		

**Coop. Sociale La Salute**  
**Soc. Coop. Soc. Onlus**  
Via di Fregionaia, 692/B c/o Palazzo Vedrani  
Magliano - 55100 Lucca  
Tel. 0583 464549 - Fax 0583 306042  
e-mail: c.lasalute@email.it  
P. iva 01508690466

Il Legale Rappresentante del gestore del Centro (timbro e firma) \_\_\_\_\_



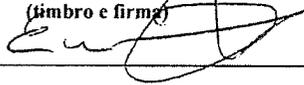
TOTALE ORE/MESE BIMESTRE GENNAIO/FEBBRAIO: 1499

---

Firma per tutte le attestazioni sin qui rese, come sopra, per il QUADRO da A a D.

Il Legale Rappresentante del gestore del Centro

(timbro e firma)



Lucca

n. 10/04/2019

**Coop. Sociale La Salute**  
**Soc. Coop. Soc. Onlus**  
Via di Fregionaia, 692/B c/o Palazzo Vedrani  
Maggiano - 55100 Lucca  
Tel. 0583 464549 - Fax 0583 306042  
e-mail: c.lasalute@email.it  
P. iva 01508690466

**Coop. Sociale La Salute**  
**Soc. Coop. Soc. Onlus**  
Via di Fregionaia, 692/B c/o Palazzo Vedrani  
Maggiano - 55100 Lucca  
Tel. 0583 464549 - Fax 0583 306042  
e-mail: c.lasalute@email.it  
P. iva 01508690466

Il Legale Rappresentante del gestore del Centro (timbro e firma)

