

## QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

*Qualora ritenga importante integrare il questionario con commenti particolari o chiarimenti che ritiene importanti può farlo scrivendo quanto ritiene opportuno nello "spazio note" posto alla fine del questionario.*

**Compilatore del questionario:** \_\_\_\_\_

**Ruolo all'interno dell'organizzazione richiedente:** \_\_\_\_\_

**Nome dell'organizzazione:** \_\_\_\_\_

**Sede dell'organizzazione:** \_\_\_\_\_

**Denominazione della struttura:** \_\_\_\_\_

**Numero bambini iscritti all'anno educativo in corso:** \_\_\_\_\_

**Numero di posti riservati per le emergenze (costi a carico del servizio):** \_\_\_\_\_

**Media del numero di bambini frequentanti nell'anno educativo precedente:**

Mesi	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio
Numero:						

Mesi	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto
Numero:						

**Comune all'interno del cui territorio viene erogato il servizio:** \_\_\_\_\_

**Nome direttore/responsabile della struttura:** \_\_\_\_\_

**Tipologia di servizio:**

- Nido d'Infanzia ☐
- Micronido ☐
- Centro gioco educativo ☐
- Centro bambini/genitori ☐
- Nido domiciliare ☐

**Telefono:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

## ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

### 1. AMMISSIONE AL SERVIZIO

	SI	NO
Esistono dei criteri predeterminati di ammissione al servizio ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esiste un documento nel quale sono chiaramente descritti ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tale documento è consultabile dalle famiglie che ne facciano richiesta ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esiste un regolamento interno del servizio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esiste un documento formale intitolato "carta dei servizi" o "manuale della qualità"?

In caso affermativo, allegare alla presente

In caso negativo, sono in corso attività per la redazione della "carta dei servizi" o del "manuale della qualità" ?

SI ☐ NO ☐

SI ☐ NO ☐

Il servizio è in possesso di certificazione di qualità ?

In caso affermativo specificare il tipo di certificazione: \_\_\_\_\_

Data rilascio: \_\_\_\_\_

### 2. ORARI

	SI	NO
Esiste per le famiglie la possibilità di scegliere tra orari diversificati di frequenza del bambino al servizio ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se sì, indicare quali: \_\_\_\_\_

### 3. TARIFFE

	SI	NO
La tariffa che viene richiesta è correlata al reddito della famiglia del bambino ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La tariffa che viene richiesta è correlata al tempo di fruizione effettiva del servizio da parte del bambino ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esiste un documento nel quale le tariffe siano indicate ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se sì, quale documento e dove collocato nella struttura: \_\_\_\_\_

### 4. ORGANICO DEL SERVIZIO

N° complessivo di educatori operanti nella struttura:

N° a tempo parziale:

N° a tempo pieno:

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

N° complessivo di personale ausiliario operante nella struttura:

N° a tempo parziale:

N° a tempo pieno:

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

N° personale addetto alla cucina interna (se presente):

\_\_\_\_\_

E' prevista la figura del coordinatore pedagogico?

SI ☐ NO ☐

Se sì,  
è interno ? ☐  
è esterno ? ☐

Per quante ore al mese (in media) è presente in struttura? \_\_\_\_\_

## CARATTERISTICHE DELLA STRUTTURA

### 5. ACCESSIBILITA' DELLA STRUTTURA

L'accessibilità della struttura è garantita dall'assenza di barriere architettoniche esterne? SI ☐ NO ☐

Se no, descriverle brevemente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esiste un parcheggio adiacente alla struttura utilizzabile da operatori e genitori ? SI ☐ NO ☐

Sono presenti spazi aperti (giardino) di pertinenza della struttura? SI ☐ NO ☐

Se sì, nel giardino di pertinenza della struttura sono presenti:

Altalene	<input type="checkbox"/>
Scivoli	<input type="checkbox"/>
Buche della sabbia	<input type="checkbox"/>
Protezioni dal sole	<input type="checkbox"/>
Altro (spec.) _____	<input type="checkbox"/>

Qual è l'estensione del giardino? \_\_\_\_\_ mq

In caso di assenza del giardino, sono utilizzati spazi di verde pubblico nelle immediate vicinanze? SI ☐ NO ☐

### 6. CARATTERISTICHE STRUTTURALI

I locali utilizzati dai bambini sono collocati su un unico piano? SI ☐ NO ☐

In caso contrario, specificare la destinazione dei locali nei vari piani: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

SI NO

**Nel complesso gli spazi sono pensati in modo che si possa lavorare in piccoli gruppi?**

☐ ☐

**Esiste una stanza appositamente riservata al sonno?**

☐ ☐

**Esiste una stanza appositamente riservata al pranzo?**

☐ ☐

**Sono presenti i seguenti spazi/angoli:**

angolo per le attività espressive/manipolative

☐

angolo della casa

☐

angolo del libro

☐

angolo travestimenti

☐

angolo morbido/affettivo

☐

spazio per il movimento

☐

Altro (specificare): \_\_\_\_\_

☐

SI NO

**Nel servizio , esiste uno spazio esclusivamente riservato ai colloqui con le famiglie e alle attività individuali e di gruppo del personale?**

☐ ☐

**Nel servizio sono presenti spazi per l'esposizione di fotografie e disegni dei bambini?**

☐ ☐

## **7. CONDIZIONI IGIENICHE**

SI NO

**Il piano giornaliero di pulizia segue una procedura documentata?**

☐ ☐

**Se sì allegare**

**Esiste un piano di monitoraggio per insetti e roditori ?**

☐ ☐

**Se sì allegare**

## **GESTIONE DEL SERVIZIO**

## **8. PROGETTO EDUCATIVO**

**Quali sono le modalità di verifica del progetto pedagogico (specificare):** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**E' prevista una programmazione educativa/didattica dell'anno in corso**

SI NO  
☐ ☐

**In quale documento è contenuta la programmazione educativa/didattica:**

---

Tale documento è illustrato ai genitori nel corso dell'anno educativo? SI ☐ NO ☐

Tale documento è consegnato ai genitori nel corso dell'anno educativo? SI ☐ NO ☐  
Se sì, quando: \_\_\_\_\_

## **9. AMBIENTAMENTO**

In quale documento sono descritte le modalità di ambientamento del bambino al servizio ?  
\_\_\_\_\_

In tale documento sono previsti:

	SI	NO
Colloquio individuale con i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tappe graduali di inserimento del bambino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un iter di ingresso (definizione di un tempo massimo/minimo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività che accompagnano il bambino durante il momento di ambientamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Specificare di che tipo di documento si tratta: \_\_\_\_\_

Sono previste attività di monitoraggio e di verifica dell'ambientamento? SI ☐ NO ☐

Se sì, indicare sinteticamente con quale modalità: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **10. PARTECIPAZIONE DEI GENITORI**

	SI	NO
I genitori possono richiedere colloqui individuali con gli educatori, col coordinatore della struttura o con altre figure professionali presenti ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono previste riunioni di sezione e incontri tematici ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quante riunioni di sezione all'anno ? \_\_\_\_\_

Quanti incontri tematici all'anno ? \_\_\_\_\_

	SI	NO
Sono previsti laboratori che coinvolgano direttamente i genitori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I genitori vengono informati sulla programmazione educativa di sezione/gruppo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esistono chiare modalità di informazione ai genitori di ciò che ha fatto il bambino durante il giorno ? ☐ ☐

Se sì, specificare quali: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **11. SERVIZIO REFEZIONE**

**Il servizio di refezione è garantito da:**

cucina interna ☐  
cucina esterna ☐  
non è ☐  
garantito

Data di rilascio del documento HACCP: \_\_\_\_\_

**Il servizio è in grado di fornire menù differenziati per bambini allergici, intolleranti o di diversa fede religiosa ?** SI ☐ NO ☐

## **MODALITA' DI LAVORO**

## **12. MODALITA' DI LAVORO DEL PERSONALE**

**Quant'è il monte ore annuale del singolo educatore per attività non frontali?** \_\_\_\_\_

**Indicare la destinazione del monte ore in rapporto alle singole attività non frontali, nell'anno educativo in corso:**

Attività: _____	N° ore: _____
Attività: _____	N° ore: _____
Attività: _____	N° ore: _____
Attività: _____	N° ore: _____
Attività: _____	N° ore: _____
Attività: _____	N° ore: _____
Attività: _____	N° ore: _____
Attività: _____	N° ore: _____

**Viene redatto un verbale delle riunioni collegiali?** SI ☐ NO ☐

**Quali sono le modalità di partecipazione del personale ausiliario alle attività non frontali ?**

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

### **13. FORMAZIONE DEL PERSONALE**

	SI	NO
<b>Sono previste attività sistematiche di formazione e/o aggiornamento del personale?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In caso affermativo, sono organizzate internamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono partecipate all'esterno del servizio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Le attività di formazione sono documentate da report o altro?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Qual è il programma di formazione/aggiornamento del personale nell'anno educativo in corso?**

---

---

---

---

---

**N° ore:** \_\_\_\_\_

### **14. ATTIVITA' DI VALUTAZIONE**

	SI	NO
<b>Esiste un documento che prevede la verifica costante delle attività realizzate con i bambini ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Se sì, in quale documento del servizio sono esplicitate le modalità di tale valutazione?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In caso affermativo, specificare la tipologia del documento: \_\_\_\_\_

---

---

	SI	NO
<b>Esiste un documento che preveda la valutazione della soddisfazione degli utenti (famiglie) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Se sì, le modalità di tale valutazione sono esplicitati in un documento programmatico del servizio ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In caso affermativo, specificare la tipologia del documento: \_\_\_\_\_

---

---

### **15. INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO**

**Sono state svolte riunioni congiunte con altri servizi alla prima infanzia o istituzioni?**

SI ☐ NO ☐

Se sì, indicare la tipologia di servizio o ente coinvolto e il numero di riunioni:

Servizio/Ente: _____	N°: _____
Servizio/Ente: _____	N°: _____
Servizio/Ente: _____	N°: _____
Servizio/Ente: _____	N°: _____
Servizio/Ente: _____	N°: _____
Servizio/Ente: _____	N°: _____
Servizio/Ente: _____	N°: _____
Servizio/Ente: _____	N°: _____

**Sono state realizzate attività esterne al servizio?**

SI ☐ NO ☐

**In caso affermativo, quali attività sono state realizzate:**

Ludoteca	<input type="checkbox"/>
Piscina	<input type="checkbox"/>
Gite	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare): _____	<input type="checkbox"/>

**Il servizio garantisce la continuità educativa con la scuola dell'infanzia?**

SI ☐ NO ☐

**Se sì, come:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Spazio note:

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma \_\_\_\_\_

*N.B. Ai fini del rilascio dell'accreditamento, il presente questionario sarà valutato da una Commissione formata dai Funzionari responsabili dei servizi alla prima infanzia dei Comuni della Zona Fiorentina Nord-Ovest.*



SCHEDA COSTI - SERVIZIO: \_\_\_\_\_

**PERIODO SETTEMBRE / GIUGNO**

Numero di giorni di apertura all'utenza n° \_\_\_\_\_ di cui \_\_\_\_\_ estivi

Orario di apertura giornaliero da lunedì a venerdì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

Numero di ore al giorno per le diverse categorie di personale impiegato:

n° \_\_\_\_\_ educatori per \_\_\_\_\_ ore al giorno

n° \_\_\_\_\_ cuochi per \_\_\_\_\_ ore al giorno

n° \_\_\_\_\_ ausiliari per \_\_\_\_\_ ore al giorno

n° \_\_\_\_\_ altri operatori per \_\_\_\_\_ ore al giorno

Numero di bambini iscritti per le diverse tipologie di frequenza

n° \_\_\_\_\_ bambini per \_\_\_\_\_ ore al giorno di cui \_\_\_\_\_ con meno di 12 mesi

n° \_\_\_\_\_ bambini per \_\_\_\_\_ ore al giorno di cui \_\_\_\_\_ con meno di 12 mesi

n° \_\_\_\_\_ bambini per \_\_\_\_\_ ore al giorno di cui \_\_\_\_\_ con meno di 12 mesi

**PERIODO LUGLIO**

Numero di giorni di apertura all'utenza n° \_\_\_\_\_

Orario di apertura giornaliero da lunedì a venerdì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

-Numero di ore al giorno per le diverse categorie di personale impiegato:

n° \_\_\_\_\_ educatori per \_\_\_\_\_ ore al giorno

n° \_\_\_\_\_ cuochi per \_\_\_\_\_ ore al giorno

n° \_\_\_\_\_ ausiliari per \_\_\_\_\_ ore al giorno

n° \_\_\_\_\_ altri operatori per \_\_\_\_\_ ore al giorno

-Numero di bambini iscritti per le diverse tipologie di frequenza

n° \_\_\_\_\_ bambini per \_\_\_\_\_ ore al giorno di cui \_\_\_\_\_ con meno di 12 mesi

n° \_\_\_\_\_ bambini per \_\_\_\_\_ ore al giorno di cui \_\_\_\_\_ con meno di 12 mesi

n° \_\_\_\_\_ bambini per \_\_\_\_\_ ore al giorno di cui \_\_\_\_\_ con meno di 12 mesi

**MONTE ORE ANNUALE PER ATTIVITA' NON FRONTALI:**

n° \_\_\_\_\_ ore annue per educatori

n° \_\_\_\_\_ ore annue per operatori ausiliari

## **COSTI DIRETTI**

### **[1] Spese per personale direttamente impegnato (operante) nella unità di offerta considerata**

- Spese per personale educativo direttamente impegnato nell'unità di offerta considerata  
€ \_\_\_\_\_,00
- Spese per personale amministrativo  
€ \_\_\_\_\_,00
- Spese per personale per cucina interna dirett. impegnato nell'unità di offerta considerata  
€ \_\_\_\_\_,00
- Spese per personale per ausiliario interna dirett. impegnato nell'unità di offerta considerata  
€ \_\_\_\_\_,00
- Spese per personale di altro tipo  
€ \_\_\_\_\_,00
- TOTALE**  
**€ \_\_\_\_\_,00**

### **[2] Spese per acquisto servizi**

- Spese per acquisto servizi per appalto di gestione parziale/totale  
€ \_\_\_\_\_,00
- Spesa per acquisto di servizi per coordinamento  
€ \_\_\_\_\_,00
- Spese per acquisto servizi per corsi di formazione  
€ \_\_\_\_\_,00
- Spese acquisto servizi di altra tipologia  
€ \_\_\_\_\_,00
- TOTALE**  
**€ \_\_\_\_\_,00**

### **[3] Spese per utenze**

- Spese per telefono  
€ \_\_\_\_\_,00
- Spese per assicurazioni  
€ \_\_\_\_\_,00
- Spese per energia elettrica  
€ \_\_\_\_\_,00
- Spese per acqua  
€ \_\_\_\_\_,00
- Spesa per gas  
€ \_\_\_\_\_,00
- Spese per altro  
€ \_\_\_\_\_,00
- TOTALE**  
**€ \_\_\_\_\_,00**

### **[4] Spese per materiali**

- Spese per materiali didattici e di consumo  
€ \_\_\_\_\_,00
- Spese per materiali per aggiornamento attrezzature  
€ \_\_\_\_\_,00
- Spese per aggiornamento arredi  
€ \_\_\_\_\_,00
- Spesa di materiali di pulizia  
€ \_\_\_\_\_,00
- Spesa di materiali di altra tipologia  
€ \_\_\_\_\_,00
- TOTALE**  
**€ \_\_\_\_\_,00**

### **[5] Spese per servizio di refezione (voci in alternativa)**

- Spese per derrate alimentari  
€ \_\_\_\_\_,00
- Spese per pasti da punti cottura esterni  
€ \_\_\_\_\_,00
- TOTALE**  
**€ \_\_\_\_\_,00**

**[6] Spese per affitti**

- Affitti € \_\_\_\_\_,00

**TOTALE** € \_\_\_\_\_,00

### COSTI INDIRETTI

**[7] Spese per funzioni indirettamente riferite all'unità di offerta (per quota parte)**

- Spese per direzione € \_\_\_\_\_,00

- Spese per coordinamento pedagogico € \_\_\_\_\_,00

- Spese di tipo amministrativo € \_\_\_\_\_,00

- Spese di tipo tecnico	€	,00
-------------------------	---	-----

- Spese per manutenzione	€	,00
--------------------------	---	-----

-	Spese di altro tipo	€	,00
---	---------------------	---	-----

<b>TOTALE</b>	<b>€</b>	<b>,00</b>
---------------	----------	------------

**TOTALE COSTI DIRETTI** € \_\_\_\_\_,00

<b>TOTALE COSTI INDIRETTI</b>	<b>€</b>	<b>,00</b>
-------------------------------	----------	------------

**TOTALE COSTI** € \_\_\_\_\_,00

INCIDENZA COSTI DIRETTI SUL TOTALE DEI COSTI	%
--	---

INCIDENZA COSTI INDIRETTI SUL TOTALE DEI COSTI	%
--	---

## COMPOSIZIONE PERCENTUALE DEI COSTI DIRETTI

1) **in % sul totale dei costi diretti:** %

**2) in % sul totale dei costi diretti: %**

**3) \_\_\_\_\_ in % sul totale dei costi diretti: \_\_\_\_\_ %**

4) **in % sul totale dei costi diretti:** %

5)	in % sul totale dei costi diretti:	%
----	------------------------------------	---

6) ) in % sul totale dei costi diretti: %

<b>totale</b>	<b>in % sul totale dei costi diretti: 100,00%</b>
---------------	---

**COSTO ORA BAMBINO DI SERVIZIO EROGATO**