|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INFORMAZIONI GENERALI | | | |
| Fascia d’età: | [indicare la fascia d’età e se l’anno deve essere compiuto o si segue il millesimo] | | |
| Luogo di svolgimento: | [indirizzo e quartiere] | | |
| Accessibilità: | |  |  | | --- | --- | | **Descrizione** | **SI / NO** | | Parcheggio dedicato |  | | Barriere architettoniche |  | | Vicinanza mezzi pubblici |  | | Altro [specificare] |  | | Altro [specificare] |  | | | |
| ATTIVITÀ DEL VOUCHER | | | |
| Breve descrizione: | [massimo tre righe e INDICARE SE VENGONO OFFERTI SERVIZI AGGIUNTIVI GRATUITI (es. servizio di trasporto)] | | |
| Tipologia attività: | individuale | | |
| di gruppo | **N. partecipanti:** | [se di gruppo] |
| Dettaglio voucher:*NB. è incluso sempre 1 incontro conoscitivo e 1 prova gratuita* | |  |  | | --- | --- | | **Descrizione** | **N.** | | Durata copertura voucher [mesi]: |  | | Frequenza settimanale [volte/settimana]: |  | | Durata del singolo incontro [ore]: |  | | | |
| EXTRA | | | |
| Costi extra necessari*(a carico del beneficiario)*: | |  |  | | --- | --- | | **Descrizione** | **Costo** | |  | € ,00 | |  | € ,00 | |  | € ,00 | |  | € ,00 | | | |
| Certificazione medica: | necessaria  non necessaria | | |
| INFORMAZIONI ENTE ORGANIZZATORE | | | | |
| Nome Ente: |  | | |
| Partner di progetto: |  | | |
| Contatti: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Descrizione** | **Telefono** | **Mail** | **Orario reperibilità** | | Responsabile del servizio |  |  |  | | Segreteria/Front office |  |  |  | |  |  |  |  | | | |

**SCHEDA ATTIVITÀ: [INSERIRE NOME ATTIVITÀ]**