



Comitato di _____ Report Attività _____

1. Informazioni generali

Tipologia attività _____
Luogo Evento: _____
Data: _____
Orario Inizio: _____ Orario Fine: _____
Richiesta da _____
Stipulata convenzione SI NO Rimborso spese SI NO

2. Informazioni sull'evento

N° Migranti TOTALE:		
Nazionalità di provenienza:		
Provenienti da :	Sbarco del:	a:
	CAS:	

di cui:	Numero	Note
Uomini		
Donne		
Minori accompagnati		
Minori non accompagnati		

3. Informazioni sull'attività

Attività	N° migranti	Note (in collaborazione con, criticità, ecc...)
Accoglienza		
Distribuzione materiali		
Distribuzione vitto		
Visita medica		
Accesso ospedale		
Screening e profilassi		
Accompagnamenti		
Trasporto		
Assistenza psicologica		
Assistenza sociale		
Altro		
Altro		

4. Informazioni sul personale volontario impiegato TOTALE

Personale	Numero	Note
Volontari presenti:		
Il. VV. presenti:		
Medici:		
Infermieri:		
Mediatori:		
Psicologi:		
Altro:		
Altro:		

Comitato Locale/Provinciale a supporto _____



Comitato di _____
Report Attività _____

5. Informazioni sul materiale impiegato

Tipo materiale	Numero	Note
Auto/pulmini impiegate:		
Mezzi logistici		
Abz impiegate:		
Tende/PMA impiegati:		
Gazebi impiegati:		
KIT DPI utilizzati:		
Altro:		
Altro:		

6. Informazioni sui materiali distribuiti

Tipo materiale	Numero	Note
KIT Igienici		
KIT accoglienza		
KIT Donna		
Baby KIT		
Food KIT		
Reidratazione orale		
Kit primo soccorso		
Kit assistenza medica		
Trattamenti anti scabbia		
Altro		
Altro		

Note:

Ft. Il Presidente di Comitato

Compilato da _____

Inviato da _____