**Esquema para completar el folleto**

* **Título o Nombre de la Ong (Fundamental el nombre preciso)**

Asociación Celíaca Argentina

* **Logo**



* **Mensaje Descriptivo de la Organización (Slogan)**
* **Presentación de la Organización (hasta 15 renglones aprox)**

Describir brevemente a la organización en forma general sin detallar en este apartado a los servicios prestados. Se puede utilizar el estatuto como base o responder a las siguientes sugerencias

* + **Quiénes somos (hasta 5 renglones)**

La Asociación Celiaca Argentina es una entidad civil sin fines de lucro que proporciona información sobre la problemática y la dieta sin TACC, asesorando y promoviendo múltiples actividades para alcanzar su principal objetivo: mejorar la calidad de vida del celiaco y su familia.

* + **Misión (opcional) (hasta 5 renglones)**

El propósito principal de la Asociación Celíaca Argentina es brindar atención, contención, información y capacitación a toda la comunidad celíaca y asesorar con ese fin a todo aquel interesado en la problemática.

* + **Visión (opcional) (hasta 5 renglones)**

Ser la OSC referente en Argentina y  el mundo, continuando su tarea de manera responsable, honesta y comprometida para mejorar la calidad de vida de todos los celiacos del país.

* **Contacto de la organización**
  + **Domicilio:** Las heras 1150
  + **Horario de atención:** 2º sábados de cada mes, a las 10 hs.
  + **Teléfonos:** (0249) 154210406 / 15 446-5011
  + **Email:** [celiacostandil@hotmail.com](mailto:celiacostandil@hotmail.com)
  + **Página Web:** Facebook: celiacos Tandil
* **Fotos de la Organización**

|  |  |
| --- | --- |
| https://fbcdn-sphotos-c-a.akamaihd.net/hphotos-ak-xal1/v/t1.0-9/12279043_870700612998367_8593077464844842554_n.jpg?oh=395f36efe89b06a5502716c5d18f5722&oe=58B8D39A&__gda__=1489917901_ab4e988eaf82d86c5c07df09819ab7c0 |  |
|  |  |

* **Descripción de cada servicio**

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVICIOS** | |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | Taller de actualización de la guía de alimentos y taller de cocina |
| **LOGO** |  |
| **DESCRIPCIÓN** | Se realiza un taller de cocina de comidas sin TACC para ayudar a quien padece celiaquía a que pueda elaborar sus propios alimentos y a aprender nuevas recetas.  Además actualizan a quien asiste en la gama de alimentos y medicamentos. |
| **IMÁGENES DEL SERVICIO** | https://fb-s-c-a.akamaihd.net/h-ak-xap1/v/t1.0-9/1422390_558627374205694_1106672367_n.jpg?oh=4c307f564453a829c58b1c7c22ed78b0&oe=588BA765&__gda__=1489660533_1b732db7d1bbfcd9f28fe019296ff016 |
| **POBLACIÓN BENEFICIARIA** | Puede acceder quien quiera aprender, no hay límite de  edad ni restricciones. |
| **QUÉ OFRECE** | Se ofrece un servicio de cocina donde vienen cocineros de otras ciudades. Al final del encuentro se prueba la comida |
| **PERIODICIDAD** | Segundo sábado de cada mes, de marzo a diciembre. |
| **HORARIOS DE ATENCIÓN** | De 10 hs. a 12:30 hs. |
| **CONDICIONES DE ACCESO** | **Edad:** sin limite  **Documentación a presentar:** ninguna  **Restricciones (Ejemplo. No se entregan alimentos a niños): no**  **Limitaciones:no**  **Etc** |
| **CATEGORIZACIÓN**  **(Obligatoria)** | **Salud, otros servicios de salud** |
| **UBICACIÓN GEOGRÁFICA** | **En el Espacio de Adultos Mayores y Discapacidad (ex club excursionista). Las Heras 1150.** |
| **CONTACTO DEL ENCARGADO DEL SERVICIO** | **Nombre y apellido: Mónica Bufour**  **Teléfonos:** (0249) 154210406 |
| **FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN** | **Mensual** |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | Asesorar, orientar y capacitar colegios, universidades, restaurantes y a otras ciudades. |
| **LOGO** |  |
| **DESCRIPCIÓN** | Asesorar a la población destinataria de las capacitaciones acerca de celiaquía. |
| **IMÁGENES DEL SERVICIO** | **Pueden agregarse imágenes alusivas al servicio presentado** |
| **POBLACIÓN BENEFICIARIA** |  |
| **QUE OFRECE** |  |
| **PERIODICIDAD** | **A demanda** |
| **HORARIOS DE ATENCIÓN** |  |
| **CONDICIONES DE ACCESO** | **Edad: Sin límites**  **Documentación a presentar: Ninguna**  **Restricciones: No hay**  **Limitaciones: Ninguna**  **Etc** |
| **CATEGORIZACIÓN**  **(Obligatoria)** | **Salud. Otros servicios de salud. Educación sobre salud** |
| **UBICACIÓN GEOGRÁFICA** |  |
| **CONTACTO DEL ENCARGADO DEL SERVICIO** |  |
| **FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN** |  |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | Entrega de alimentos. |
| **LOGO** |  |
| **DESCRIPCIÓN** | Se entregan a personas celíacas 2 ks. de harina sin TAAC. |
| **IMÁGENES DEL SERVICIO** | **Pueden agregarse imágenes alusivas al servicio presentado** |
| **POBLACIÓN BENEFICIARIA** | **Beneficiarios celíacos designados por Desarrollo Social del Municipio** |
| **QUE OFRECE** |  |
| **PERIODICIDAD** | **Mensual** |
| **HORARIOS DE ATENCIÓN** |  |
| **CONDICIONES DE ACCESO** | **Sujeto a requerimientos de Desarrollo Social** |
| **CATEGORIZACIÓN**  **(Obligatoria)** | **Servicios sociales, donación de alimentos** |
| **UBICACIÓN GEOGRÁFICA** |  |
| **CONTACTO DEL ENCARGADO DEL SERVICIO** |  |
| **FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN** |  |

* **Persona de Contacto de la organización encargada de la INFORMACIÓN: aquí deben ir los datos de la persona de la Organización encargada de dar y actualizar la información. Los datos consignados en este apartado NO VAN PUBLICADOS EN EL FOLLETO, sino que tienen el fin de poder crear un usuario quién recibirá las notificaciones desde el sitio.**
  + **Nombre y apellido: Marcela Zetola**
  + **Dni:**
  + **Fecha de Nacimiento:**
  + **Teléfonos: 0249-15567751**
  + **Email donde desea recibir la información (puede ser el de la organización o el personal):** [**zetola2000@yahoo.com.ar**](mailto:zetola2000@yahoo.com.ar)