***FORMULARIO DI PROGETTO***

***RELATIVO AL FINANZIAMENTO DI PROGETTI DI CUI ALLA DGR N. 161 DEL 13 APRILE 2023 IN ATTUAZIONE DEL D.P.C.M. DEL 29 LUGLIO 2022, RECANTE "RIPARTO E MODALITÀ PER L'UTILIZZAZIONE DELLE RISORSE DEL FONDO PER L'INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ"***

***TIT***

|  |
| --- |
| ***TITOOLO DEL PROGETTO………………………*** |
| ***DURATA (indicare i tempi/mesi di durata): ……………………..***  ***(Durata massima: 12 mesi)***  ***LINEE DI INTERVENTO (progettare su minimo due linee)***   * ***linea a) percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all'età di transizione fino ai 21 anni, anche tramite voucher*** * ***linea b) progetti volti a prestare assistenza agli Enti locali, anche associati tra loro, per sostenere l'attività scolastica delle persone con disturbi dello spettro autistico nell'ambito del progetto terapeutico individualizzato e del PEI*** * ***linea c) progetti finalizzati a percorsi di socializzazione con attività in ambiente esterno (gruppi di cammino, attività musicale, attività sportiva) dedicati agli adulti ad alto funzionamento*** * ***linea d) progetti che si rivolgono al terzo settore per favorire attraverso attività sociali (sport, tempo ricreativo, mostre) l'inclusione*** * ***linea e) progetti sperimentali volti alla formazione e all'inclusione lavorativa*** * ***linea f) interventi volti alla formazione dei nuclei familiari che assistono persone con disturbo dello spettro autistico*** * ***linea g) progetti sperimentali di residenzialità e per l’abitare supportato finalizzati alla promozione del benessere e della qualità della vita delle persone con disturbo dello spettro autistico*** |
| ***COSTO TOTALE PROGETTO***  ***(come da Modello - budget allegato C) € …………………..*** |
| ***COSTO COFINANZIAMENTO***  ***(come da Modello - budget allegato C) € …………………..*** |
| ***PERCENTUALE COFINANZIAMENTO ………………….. %*** |

***OLO DEL PROGETTO………………………***

1. **ANAGRAFICA SOGGETTO CAPOFILA DEL PARTENARITATO**

Denominazione del soggetto proponente**: COMUNE DI ……………………….. CAPOFILA DELL’AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI …………………….………………….**

Sede: ………………..

Indirizzo:

… ………………….

Telefono:

……………………

e-mail: …………………

PEC: …………………………

**2 . RESPONSABILE DEL PROGETTO**

*(di regola coincidente con il soggetto responsabile)*

Nome e cognome: ……………….

Sede: ………………

Telefono: …………….

e-mail: ……………..

PEC: … … … … … .

Data: ……………… Firma: ……………….

**3 . DESCRIZIONE DELLA PARTNERSHIP – MATRICE DI CORRESPONSABILITA’**

**(DESCRIVERE I TERMINI DI PARTECIPAZIONE DEI SOGGETTI COINVOLTI, RUOLI E FUNZIONI)**

***Soggetto responsabile***

***(***

|  |
| --- |
| **Soggetto responsabile RUOLO FUNZIONI**  **(Comune capofila Ambito**  **territoriale sociale):** |

***t***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Partner:***  ***… …………..*** |  |  |
| ***Partner:***  ***… …………..*** |  |  |
| ***Partner:***  ***… …………..*** |  |  |

***erritoriale sociale):*Ruolo Funzioni**

***… ……………***

*NB: inserire eventuali righe nel caso dovessero necessitare.*

*4. OBIETTIVI SPECIFICI E RISULTATI ATTESI*

|  |
| --- |
|  |

***5.* DESTINATARI DEGLI INTERVENTI**

|  |
| --- |
| *(descrivere il numero e la tipologia di destinatari per i quali attivare le attività progettuali)*  ……  ………….  ………. |

**6 . DESCRIZIONE DEL PROGETTO**

|  |
| --- |
| *(In questa sezione devono essere descritte le attività progettuali da implementare, le modalità e i soggetti*  *deputati alla realizzazione, la composizione e qualificazione del partenariato, le indicazioni relative alle*  *specifiche spese e la loro coerenza con la Manifestazione di interesse e gli elementi di innovazione sul*  *tema oggetto della stessa.*  *Nello specifico dovranno essere descritte:*  *Le linee di azione progettuali (minimo 2) che si intendono implementare*  *I destinatari degli interventi/attività/azioni*  *Le tipologie di interventi e le modalità di attuazione*  *La durata del progetto*  *Gli altri soggetti coinvolti).* |

**7 . DESCRIZIONE DELLA RETE**

|  |
| --- |
| *(Descrivere le caratteristiche della rete, dei soggetti coinvolti, i termini di partecipazione dettagliando ruoli,*  *compiti e funzioni di ciascun partner, le collaborazioni attivate e formalizzate precedenti al progetto.*  *Descrivere, inoltre, la qualità e composizione delle aggregazioni, la rappresentatività dei partner in relazione*  *alle azioni progettuali, es. Aziende sanitaria/Distretti sanitari, Enti del Terzo settore, ecc.).* |

**8 . DESCRIZIONE DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO**

|  |
| --- |
|  |

**9 . PROGRAMMA E CRONOPROGRAMMA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MESE** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| **ATTIVITA’ 1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ATTIVITA’ 2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ATTIVITA’ 3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ATTIVITA’ 4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ATTIVITA’ 5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**MESE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11**

Luogo e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Legale rappresentante

del Soggetto capofila del partenariato

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

**2**

**Attività 3**

**Attività 4**

**Attività 5**