**ALLEGATO B – FORMULARIO DI PROGETTO**

# *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"***

***TITOLO 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 ello spettro autistico

| | |
|---|---|
| ***COSTO TOTALE PROGETTO (come da Modello - budget allegato C)*** | ***€ ……..*** |
| ***COSTO COFINANZIAMENTO (come da Modello - budget allegato C)*** | ***€ ……..*** |
| ***PERCENTUALE COFINANZIAMENTO*** | ***…….. %*** |

**ALLEGATO B – FORMULARIO DI 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: …….

**ALLEGATO B – FORMULARIO DI PROGETTO**

## 3. DESCRIZIONE DELLA PARTNERSHIP – MATRICE DI CORRESPONSABILITA'

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

| ***Soggetto responsabile (Comune capofila Ambito territoriale sociale):*** ***……*** | **Ruolo** | **Funzioni** |
|---|---|---|
| ***Partner:*** ***……..*** | | |
| ***Partner:*** ***……*** | | |
| ***Partner:*** ***……..*** | | |

*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' | | | | | | | | | | | | |
| Attività 1 | | | | | | | | | | | | |
| Attività 2 | | | | | | | | | | | | |
| Attività 3 | | | | | | | | | | | | |
| Attività 4 | | | | | | | | | | | | |
| Attività 5 | | | | | | | | | | | | |

Luogo e data: _____

Firma del Legale rappresentante
del Soggetto capofila del partenariato

_____