**ALLEGATO B**

**ALL’ENTE CAPOFILA**

**DELL’AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N.…….**

**DI......………………………………………………………**

**L.R. N. 3/2018 - DGR n.1689/2020 - “ISTITUZIONE DEL SERVIZIO CIVILE VOLONTARIO DEGLI ANZIANI”.**

|  |
| --- |
| **“SERVIZIO CIVILE VOLONTARIO DEGLI ANZIANI”****SCHEDA PROGETTO****ANNUALITA’ 2019** |

1. **Progetto**

**1.1 Titolo del progetto**

|  |
| --- |
|  |

**1.2 Ente titolare del progetto**

|  |
| --- |
| Denominazione dell’Ente:Rappresentante Legale:Indirizzo sede:Telefono:E-mail:PEC:Iscritto al registro/elenco regionale con decreto regionale n.………..del……………………*(solo se Ente privato ai sensi dell’art. 9 della DGR n.1689/2020)* |

**1.3 Responsabile del progetto** *(soggetto che firma il presente allegato)*

|  |
| --- |
| Rappresentante legaleCognome e nome: Indirizzo sede:Telefono:E-mail:PEC:Referente amministrativo: Cognome e nome:Indirizzo sede:Telefono:E-mail:PEC: |

**1.4 Ambito d’intervento del progetto, art. 3 LR n.3/2018** *(selezionare l’ambito d’intervento considerando gli ambiti d’intervento elencati nell’avviso pubblico dell’ATS)*

1. Attività di accompagnamento nell’ambito di servizi di trasporto per l’accesso a prestazioni sociali e socio-sanitarie;
2. Supporto alle attività di tutoraggio ed integrazione all’insegnamento nei corsi professionali e nei percorsi formativi;
3. Attività di assistenza agli studenti presso le mense, le biblioteche scolastiche, gli scuolabus e gli edifici scolastici durante il movimento degli stessi;
4. Animazione, gestione e supporto alle attività che si svolgono durante mostre e manifestazioni nonché nei musei, biblioteche, parchi pubblici, sale di ritrovo e di quartiere, impianti sportivi, aree sportive attrezzate, centri sociali, ricreativi e culturali;
5. Conduzione di appezzamenti di terreno di proprietà o di uso pubblico i cui proventi sono destinati ad uso sociale;
6. Iniziative volte a far conoscere e perpetuare le tradizioni locali artigianali, artistico-musicali, del folclore e del vernacolo;
7. Attività a sostegno di famiglie con minori, anziani, persone con disabilità ed altre categorie a rischio d’emarginazione sociale;
8. Assistenza culturale e sociale nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie, sociali, educative e nelle carceri, in modo particolare in quelle minorili, in ausilio degli operatori professionali;
9. Attività di sensibilizzazione per la prevenzione delle dipendenze da cibo, sostanze stupefacenti, alcool, fumo, sesso e porno dipendenza, gioco d’azzardo patologico, shopping compulsivo, televisione, internet e cellulare, in collaborazione con le strutture pubbliche competenti in materia;
10. Interventi di carattere ecologico, stagionali o straordinari, nel territorio, nei litorali, nelle zone boschive;
11. Campagne e progetti di solidarietà sociale.

**1.5 Fabbisogno di servizi** *(per l’ambito d’intervento selezionato descrivere il fabbisogno di servizi alla persona e/o Comunità che deve essere potenziato)*

|  |
| --- |
| **\_****\_****\_** |

**1.6 Persone anziane necessarie per l’attuazione del progetto** *(numero persone anziane necessario per soddisfare il fabbisogno di servizio nell’ambito di intervento individuato e descrizione per ognuna dell’esperienza professionale e formativa maturata)*

|  |
| --- |
|  |

**1.7 Eventuale Partenariato nel progetto**

|  |
| --- |
|  **SI** (se “si” indicare il/i partner) **NO** |

**1.8 Presenza di cofinanziamento**

|  |
| --- |
|  **SI** (se “si” indicare da parte di chi e l’importo) **NO** |

**1.9. Durata del progetto**

|  |
| --- |
| Dal ……………………………………… al……………………………………….. |

**1.10 Sostenibilità del progetto** *(nel senso di prevedere la prosecuzione del progetto/attività anche dopo la cessazione dei finanziamenti regionali)*

|  |
| --- |
|  **SI** (se “si” specificare) **NO** |

**1.11 Destinatari del progetto** *(Stima del numero dei destinatari coinvolti nel progetto)*

|  |
| --- |
|  |

**2. Descrizione progetto** *(Descrivere gli interventi che verranno attuati, in particolare la funzione/ruolo che verrà svolta da ogni singolo anziano volontario/impiegato nel progetto, il cronoprogramma)*

|  |
| --- |
|  |

**3.Obiettivi**

|  |
| --- |
|  |

**4.Quadro economico**

|  |  |
| --- | --- |
| **SPESE presunte per n.\_\_\_\_anziani** | **Costi presunti per tipologia di spesa** |
| Rimborso spese diverse (specificare la tipologia)  | **€** |
| Spese per polizza assicurativa per rischi di responsabilità civile verso terzi  | **€** |
| Spese per polizza assicurativa per rischi ed infortuni | **€** |
| **TOTALE** | **€** |
| Altre spese (specificare) | **€** |
| **TOTALE SPESA PREVISTA** | **€** |

**Quote di cofinanziamento (eventuali)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cofinanziamento del/degli Ente/i \*****………………………….****………………………….** | **-€****-€** |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTRIBUTO RICHIESTO**  | **€** |

Ai fini della verifica della eventuale casistica “Aiuto di Stato” si dichiara:

1. che l’Ente:

svolge attività economica;

non svolge attività economica;

1. che il presente progetto è realizzato quale:

attività economica;

attività non economica;

Qualora si dichiari di svolgere attività economica di cui alla lettera a) e che il presente progetto è realizzato come attività non economica di cui al punto b) indicare l’ammontare percentuale di tale attività sul volume complessivo delle attività svolte dall’Ente.

Percentuale…………..

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

 Firma del Rappresentante Legale

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