



COMUNE DI VILLASOR

Provincia del Sud Sardegna

ALLEGATO A - SCHEDE PROGETTO

ANNO 2017 – PROCEDURA APERTA PER L'INDIVIDUAZIONE DI UN SOGGETTO PER LA COPROGETTAZIONE E LA SUCCESSIVA EVENTUALE GESTIONE DI AZIONI DI SISTEMA PER L' ACCOGLIENZA, LA TUTELA E L'INTEGRAZIONE A FAVORE DI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI ANCHE RICHIEDENTI ASILO E RIFUGIATI – SPRAR MSNA (D.M. 10 AGOSTO 2016 – ART. 3 LETT.C) – CIG. N. 7150504E8E

Il sottoscritto:

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____ Nato/a _____

Prov. _____ il _____ residente in via _____

Cap. _____ Comune _____ Prov. _____

in qualità di legale rappresentante del soggetto ausiliario di seguito indicato:

Denominazione:

Cod. Fiscale _____ Partita IVA _____

Indirizzo (sede legale) Via _____ n° _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

Indirizzo (sede operativa) Via _____ n° _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

PEC _____ Email: _____

Con espresso riferimento al soggetto che rappresenta

Ai sensi degli art.46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445, consapevole del fatto che, in caso di mendace

dichiarazione saranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art.76, dello stesso decreto le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti e dichiarazioni mendaci, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure concernenti gli appalti pubblici, assumendosene la piena responsabilità,

DICHIARA quanto segue:

DATI DELL'ENTE PROPONENTE AFFIDATARIO DI UNO O PIU' SERVIZI PREVISTI1

Denominazione ente o organizzazione	
Indirizzo	
Responsabile operativo del progetto	Nome: Cognome:
Telefono/Fax	
E-mail	
Servizio/i affidato/i2	
Descrizione sintetica degli eventuali servizi in essere sul territorio regionale dell'ente	

RESPONSABILE PER LA BANCA DATI

Nome	
Cognome	
Ente di appartenenza	
Telefono/Fax	
E-mail	
Nome, cognome e numero di telefono altro personale di contatto	

DATI RIEPILOGATIVI DELLA PROPOSTA PROGETTUALE

Data di attivazione prevista (gg/mm/aaaa)

Numero dei posti complessivi di accoglienza

In relazione al numero dei posti di cui al punto precedente, indicare la percentuale e il relativo numero dei posti da destinare ad altre tipologie di accoglienza nel limite massimo del 25%
Percentuale:
Numero dei posti:
Tipologia di accoglienza:

1 Tabella da duplicare e compilare per ogni ente proponente affidatario di uno o più servizi.

2 Indicare i servizi come da linee guida D.M. 10 agosto 2016

Indicare I soggetti destinatari e il numero dei posti (nel caso barrare più di una casella)

- persone di sesso maschile; numero posti _____
 persone di sesso femminile; numero posti _____

Descrivere la complementarità della presente proposta progettuale con altri progetti attuati o da attuare a valere su differenti fonti di finanziamento o in modo non oneroso (in particolare, nel caso in cui l'ente proponente sia beneficiario di fondi comunitari, fondi regionali o di altri fondi straordinari, indicare le strategie messe in atto dall'ente per rendere complementari e sinergici gli interventi finanziati con tali fondi e le risorse destinate allo SPRAR)

Descrivere le soluzioni innovative e/o le attività proposte che, mutuando dai modelli di intervento in ambito dell'accoglienza tutelare per minori, anche in affidamento eterofamiliare, debbano risultare adeguati al target dei MSNA e MSNARA, orientandosi quindi a modalità che siano rispettose delle provenienze culturali, dei livelli effettivi di autonomia, e dei bisogni peculiari connessi alle vicende migratorie che accomunano i minori in oggetto

SERVIZI MINIMI GARANTITI

Descrivere le modalità di erogazione del servizio di accoglienza materiale

Risultati attesi (si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)

Costo annuale del servizio (*):

Voci di budget relative al servizio, come da allegato C1 ()**:

Descrivere le modalità di erogazione del servizio di mediazione linguistica-culturale

Risultati attesi (si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)

Costo annuale del servizio (*):

Voci di budget relative al servizio, come da allegato C1 ()**:

Descrivere le modalità di erogazione del servizio di orientamento e accesso ai servizi del territorio

Risultati attesi (si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)

Costo annuale del servizio (*):

Voci di budget relative al servizio, come da allegato C1 ()**:

Descrivere le modalità di erogazione del servizio di formazione e riqualificazione professionale

Risultati attesi <i>(si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)</i>
Costo annuale del servizio (*) :
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C1 (**) :

Descrivere le modalità di erogazione del servizio di orientamento e accompagnamento all'inserimento lavorativo
Risultati attesi <i>(si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)</i>
Costo annuale del servizio (*) :
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C1 (**) :

Descrivere le modalità di erogazione del servizio di orientamento e accompagnamento all'inserimento abitativo
Risultati attesi <i>(si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)</i>
Costo annuale del servizio (*) :
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C1 (**) :

Descrivere le modalità di erogazione del servizio di orientamento e accompagnamento all'inserimento sociale
Risultati attesi <i>(si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)</i>
Costo annuale del servizio (*) :
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C1 (**) :

Descrivere le modalità di erogazione del servizio di orientamento e accompagnamento legale
Risultati attesi <i>(si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)</i>
Costo annuale del servizio (*) :
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C1 (**) :

Descrivere le modalità di erogazione del servizio di tutela psico-socio-sanitaria
Risultati attesi <i>(si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)</i>
Costo annuale del servizio (*) :
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C1 (**) :

RAPPRESENTAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE DI RIFERIMENTO³

Nome ente/ufficio	Attività/Servizio	Modalità di collaborazione

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

Numero totale del personale caricato sul budget del progetto

Per ciascuna risorsa prevista (incluso il personale amministrativo/contabile) indicare il nome completo, l'eventuale ente di appartenenza, la fascia, le ore settimanali di lavoro, il tipo di contratto⁴, il costo annuale individuale e la relativa voce di budget⁵

Nome	Ente	Fascia ⁶	Ore/settimana	Ore/mese	Contratto	Ruolo nell'équipe	Costo annuale ⁷ e voce di budget ⁸

Modalità di organizzazione del lavoro e di gestione dell'équipe

Modalità di raccordo tra ente locale e ente/i proponente/i

Modalità di aggiornamento e formazione degli operatori

Risultati attesi:

Costo annuale (*):

Voci di budget relative al servizio, come da allegato C1 (**):

Modalità attraverso le quali viene svolta l'attività di supervisione esterna psicologica dell'équipe

³ Aggiungere righe se necessario.

⁴ E' possibile riportare qualsiasi forma contrattuale prevista dall'ordinamento nazionale.

⁵ Aggiungere righe se necessario.

⁶ **Fascia A:** Almeno 5 anni di esperienza nel settore dell'asilo/immigrazione; formazione universitaria e/o postuniversitaria.

Fascia B: Almeno 3 anni di esperienza nel settore dell'asilo/immigrazione; formazione universitaria; formazione professionale.

Fascia C: Meno di 3 anni di esperienza nel settore dell'asilo/immigrazione; neolaureati; altri livelli di istruzione.

⁷ Inserire il costo anche se pari a 0,00 euro.

⁸ Esempio: P3, P5, T1, T2, etc.

--

Risultati attesi:
Costo annuale (*):
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C1 (**):

Modalità dell'equipe di far fronte a situazioni emergenziali
Risultati attesi:

AGGIORNAMENTO E GESTIONE DELLA BANCA DATI

Modalità di aggiornamento e gestione della Banca Dati. Descrizione dei mezzi tecnici disponibili necessari al collegamento alla rete informatica gestita dal Servizio Centrale
Risultati attesi:
Costo annuale (*):
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C1 (**):

ATTENZIONE:

(*) **“Costo annuale”**: il totale degli importi indicati nel costo annuale per i singoli servizi dovrà corrispondere al costo totale del Piano Finanziario (ALL.C1).

(**) **“Voci di budget relative al servizio, come da allegato C1”**: indicare il codice con la descrizione della spesa relativa alle voci imputabili al servizio indicate nel Piano Finanziario (ALL.C1).

N.B.: LE DICHIARAZIONI DI CUI AL PRESENTE MODULO DEVONO ESSERE RESE E SOTTOSCRITTE DAL LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA CONCORRENTE. IN CASO DI RTI O DI CONSORZIO LE DICHIARAZIONI DOVRANNO ESSERE RESE E SOTTOSCRITTE ANCHE DAI LEGALI RAPPRESENTANTI DEI SOGGETTI MANDANTI/CONSORZIATI.

Data _____

IL DICHIARANTE

Si allega, a pena di nullità della dichiarazione, copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

