

SCHEMA DI DOMANDA PER LA PRESENTAZIONE DI PROGETTI SPERIMENTALI VOLTI ALLA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI SOSTEGNO E INTEGRAZIONE PER LE FAMIGLIE CON ANZIANI E/O ANZIANI SOLI NELL'AREA DELL'ASSISTENZA FAMILIARE DI CUI AL PROGETTO REGIONALE "PRONTO BADANTE" APPROVATO CON DGR 1154/2017, PER L'AZIONE "ATTIVITA' DI ASSISTENZA, INFORMAZIONE E TUTORAGGIO"

(indirizzata a Regione Toscana – Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale – Settore Welfare e sport – al Dirigente responsabile Dr.ssa Paola Garvin)

**Anagrafica soggetto proponente/capofila**

Denominazione

Natura giuridica

Estremi iscrizione così come previsto dall'art. 4 del bando regionale <sup>1</sup>

Codice fiscale/Partita Iva

Sede legale

Sede/i operativa/e (indicare eventuale sede/i operativa/e, solo se diverse dalla sede legale)

Telefono

Fax

E-mail

Posta Elettronica Certificata

Coordinate bancarie (IBAN)

**Legale rappresentante**

Cognome e nome

Nato/a a.....il .....

Residente a ..... Via/Piazza .....

Codice fiscale.....

Documento di identità n. ....

Data scadenza documento di identità .....rilasciato da .....

Telefono

E-mail

**Responsabile/i progetto**

Cognome e nome

Nato/a a.....il .....

Residente a ..... Via/Piazza .....

Codice fiscale.....

Documento di identità n. ....

Data scadenza documento di identità .....rilasciato da .....

Telefono

E-mail

**Anagrafica soggetto partner (da riprodurre per tutti i partner)**

Denominazione

<sup>1</sup>Alla domanda devono essere allegati copia dello statuto e dell'atto costitutivo dei soggetti del Terzo settore rientranti nelle lettere e), g), h) dell'art. 17, comma 2, della l.r. 41/2005, di cui all'art. 4 del bando regionale.

Natura giuridica  
Estremi iscrizione così come previsto dall'art. 4 del bando regionale<sup>2</sup>  
Codice fiscale/Partita Iva  
Sede legale  
Sede/i operativa/e (indicare eventuale sede/i operativa/e, solo se diverse dalla sede legale)  
Telefono  
Fax  
E-mail

Legale rappresentante

Cognome e nome  
Nato/a a.....il .....  
Residente a ..... Via/Piazza .....  
Codice fiscale.....  
Documento di identità n. ....  
Data scadenza documento di identità .....rilasciato da .....  
Telefono  
E-mail

**In caso di presenza di soggetti partner deve essere allegata anche lettera di adesione per ogni partner di cui all'allegato D**

Titolo del progetto

.....

**AZIONE "ATTIVITA' DI ASSISTENZA, INFORMAZIONE E TUTORAGGIO"**  
**(di cui all'art. 5 del bando regionale - Allegato A)**

Zona/Area territoriale .....

1) Presentazione del soggetto proponente/capofila, con indicazione, della sede legale, della dislocazione territoriale, compreso il numero delle sedi, degli associati e del personale volontario (massimo 2 pagine)

.....  
.....  
.....  
.....

2) Presentazione attività svolta in campo sociale da parte del soggetto proponente/capofila e in particolare l'esperienza acquisita nello svolgimento di attività analoghe a quella per cui si richiede il contributo, individuando attività finalizzate al rafforzamento del volontariato e all'impegno sociale (massimo 2 pagine)

.....  
.....

---

<sup>2</sup>Alla domanda devono essere allegati copia dello statuto e dell'atto costitutivo dei soggetti del Terzo settore rientranti nelle lettere e), g), h) dell'art. 17, comma 2, della l.r. 41/2005, di cui all'art. 4 del bando regionale.

.....  
.....

3) Descrizione generale del progetto proposto, comprensiva, tra l'altro, delle metodologie di intervento documentabili e trasferibili, della descrizione degli obiettivi generali e specifici, con particolare riferimento alla “presa in carico domiciliare” dell’anziano in difficoltà e della famiglia, della tempistica di realizzazione, della descrizione dei risultati attesi, del monitoraggio delle attività con relativo cronoprogramma (massimo 2 pagine)

.....  
.....  
.....

4) Descrizione delle attività di gestione del progetto e comprensiva, tra l'altro, delle procedure di organizzazione e composizione del gruppo di lavoro per la sperimentazione e realizzazione della “presa in carico domiciliare”, delle modalità organizzative con i soggetti partner, dell’integrazione e collaborazione con il sistema territoriale dei servizi pubblici e privati che operano sul territorio, della gestione della documentazione, dell'eventuale piano di comunicazione e diffusione sul territorio coinvolto, della rendicontazione delle spese (massimo 4 pagine)

.....  
.....  
.....

5) Descrizione della capacità di aggregazione e della rete attivata con i soggetti partner coinvolti per la realizzazione del progetto, comprensiva, tra l'altro, dell'indicazione delle sedi operative dislocate sul territorio, indicandone i dati logistici (indirizzo, numero di telefono, responsabile/referente, numero delle persone coinvolte dal progetto comprensivo del numero di unità di personale volontario utilizzato) (massimo 2 pagine)

.....  
.....  
.....

6) Descrizione del piano di formazione e di supervisione rivolto al personale coinvolto sul territorio, comprensivo di una “guida operativa” a supporto degli stessi operatori e/o degli utenti (contenente, tra l'altro, la mappatura dei servizi territoriali, i numeri utili, le procedure amministrative, etc.) (massimo 1 pagina)

.....  
.....  
.....

7) Piano finanziario (comprensivo, tra l'altro, del costo complessivo del progetto, dei costi di gestione e delle quote di compartecipazione suddivisi per ogni soggetto partecipante, del finanziamento richiesto alla Regione Toscana)

**Il sottoscritto dichiara l'affidabilità e l'onorabilità degli operatori volontari e non, coinvolti sul territorio.**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, recante disposizioni sul trattamento dei dati personali, il sottoscritto autorizza la Regione Toscana al trattamento e all'elaborazione dei dati forniti con la presente domanda, per finalità gestionali e statistiche, anche mediante l'ausilio di mezzi elettronici o automatizzati, nel rispetto della sicurezza e riservatezza necessarie.

Data.....

Firma Responsabile del progetto

\_\_\_\_\_

Firma legale rappresentante  
del soggetto proponente

\_\_\_\_\_

**Allegare: copia del documento di identità dei sottoscrittori in corso di validità**

Indirizzo cui inviare eventuali comunicazioni relative al procedimento:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
telefono/cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_