Allegato MOD. C.1

**AVVISO PUBBLICO DI CO-PROGETTAZIONE PER L’ATTIVAZIONE DI UN PARTENARIATO CON ENTI DEL TERZO SETTORE, ORGANIZZATI IN FORMA SINGOLA O ASSOCIATA (ATS), AI SENSI DEL D. LGS. 117/2017, NELL’AMBITO DELLE TEMATICHE DELL’INVECCHIAMENTO ATTIVO E DELLA DISABILITA’ PER REALIZZAZIONE DEL PROGETTO DENOMINATO “*SOCIALIZZAZIONE SENZA BARRIERE*” - CIG: B2C9B1980A**

**SCHEMA PROPOSTA PROGETTUALE**

**PER GLI ETS CHE INTENDONO ADERIRE AL PROGETTO CON PRESTAZIONI DI SERVIZI PROFESSIONALI E NON IN FORMA ESCLUSIVAMENTE VOLONTARIA**

**Soggetto/i Proponente/i**

|  |
| --- |
|  |

**1****.** **Analisi di contesto** **e destinatari**

- Sulla base dell’esperienza maturata dall’Ente nell’ambito delle attività in favore dell’invecchiamento attivo e in favore della disabilità.

|  |
| --- |
|  |

**2.** **Capacità tecnico-professionali**

- Descrivere la *Mission* dall’Ente in materia di supporto all’invecchiamento attivo e della disabilità, indicando:

- le esperienze pregresse e attuali;

- le competenze tecnico-professionali,

maturate relativamente al target e alla realizzazione delle attività previste per l’implementazione dei servizi in oggetto all’Avviso.

|  |
| --- |
|  |

- Compilare il seguente prospetto sintetico delle esperienze riportate nella descrizione.

|  |  |
| --- | --- |
| n. | Descrizione Esperienza nella gestione di interventi nell’ambito in favore dell’invecchiamento attivo e in favore della disabilità, di almeno 3 anni -anche non continuativi -degli ultimi 10 anni. |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

- Indicare le figure obbligatorie previste dall’Avviso che verranno coinvolte dall’Ente, fornendo una descrizione specifica del numero delle esperienze maturate, della tipologia e della durata delle stesse, indicando altresì eventuali titoli aggiuntivi rispetto a quelli previsti per l’accesso (tutte le informazioni riportate nella tabella seguente dovranno essere presenti in modo chiaro nei curriculum allegati alla domanda).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TIP. FIGURA | Esperienze possedute nell'ambito dell’invecchiamento attivo e della disabilità (a partire dal 2018) | Durate esperienze indicate (in n. di mesi, a partire dal 2018) |  | Titoli aggiuntivi a quelli previsti per l'accesso |
| 1° Educatore professionale | 1) |  |  | 1) |
| 2) |  |  | 2) |
| 2° Educatore professionale | 1) |  |  | 1) |
| 2) |  |  | 2) |
| OSS | 1) |  |  | 1) |
| 2) |  |  | 2) |
| Assistente Sociale | 1) |  |  | 1) |
| 2) |  |  | 2) |

- Descrivere come risorse di coprogettazione eventuali figure professionali aggiuntive (di cui allegare curriculum vitae sottoscritto) che verranno coinvolte nelle attività oggetto dell’Avviso, specificandone il ruolo e le attività all’interno del progetto

|  |  |
| --- | --- |
| TIP. FIGURA | Descrizione ruolo ed attività della figura professionale |
| OSS |  |
| EDUCATORE PROFESSIONALE |  |
| PSICOLOGO |  |
| SOCIOLOGO |  |

**3. Rete territoriale a sostegno della proposta**

- Descrivere la Rete Territoriale di riferimento già attiva dell’Ente intesa come sistema consolidato di *know how* e di pratiche che sono alla base del lavoro svolto sul territorio.

|  |
| --- |
|  |

- Indicare se nella realizzazione degli interventi previsti dal presente Avviso l’Ente ha già in attivo partenariati con la rete territoriale o se ne ha attivati di nuovi tra la data di pubblicazione dell’Avviso e quella di invio della domanda (la documentazione relativa ai partenariati deve essere allegata alla domanda).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Partenariato | Ente/Organizzazione | Ruolo nel progetto | Data di attivazione |
| 1° Partenariato |  |  |  |
| 2° Partenariato |  |  |  |
| 3° Partenariato |  |  |  |
| 4° Partenariato |  |  |  |
| 5° Partenariato |  |  |  |

**4. Obiettivi generali e specifici della proposta e Attività previste.**

- Descrivere la Proposta Progettuale dell’Ente sia in termini di contenuti che di articolazione sul territorio e le modalità previste per l’erogazione dei servizi all’utenza, con particolare riferimento alle caratteristiche dei destinatari, all’utilizzo di metodologie innovative e di risorse umane qualificate attivate sulla base delle specificità degli utenti.

|  |
| --- |
|  |

**5.** **Modalità di monitoraggio e valutazione.**

Descrizione delle azioni e degli strumenti di monitoraggio delle attività e verifica in itinere del progetto.

|  |
| --- |
|  |

- Compilare il seguente prospetto sulla frequenza delle attività di monitoraggio e sull’eventuale somministrazione di questionari di gradimento.

|  |  |
| --- | --- |
| Indicare la frequenza di Monitoraggio se (Semestrale o Trimestrale) |  |
| Indicare se si prevede la Somministrazioni di Questionari di Gradimento (SI; NO) |  |

**6.** **Gruppo di lavoro e attività di coordinamento necessarie all’organizzazione dei servizi.**

Indicare l’articolazione e le modalità organizzative del gruppo di lavoro preposto alla realizzazione degli interventi previsti.

|  |
| --- |
|  |

**7. Fasi e tempi di realizzazione del progetto.**

- Per ciascuna delle attività che si intendono realizzare (inserire relativa descrizione) contrassegnare con una X, il trimestre di implementazione.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Descrizione attività | 2024 | 2025 | | | |
| Trimestre 4 | Trimestre 1 | Trimestre 2 | Trimestre 3 | Trimestre 4 |
| Attività 1) |  |  |  |  |  |
| Attività 2) |  |  |  |  |  |
| Attività 3) |  |  |  |  |  |
| Attività 4) |  |  |  |  |  |

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

(o il Procuratore)

……………………………………………………………..