**FORMULARIO PER LA PRESENTAZIONE DEL PROGETTO**

**AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI SOGGETTI DEL TERZO SETTORE IN QUALITA’ DI PARTNER PER LA CO-PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI DI CUI AL “PROGRAMMA DI INTERVENTO DELLA CASSA DELLE AMMENDE PER FRONTEGGIARE L’EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19 NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI”**

*LA PRESENTE SCHEDA È PARTE INTEGRANTE DELL’AVVISO E NON PUO’ ESSERE MODIFICATA. QUALORA SI NECESSITI DI MAGGIORE SPAZIO PER ALCUNE VOCI, È POSSIBILE UNICAMENTE AGGIUNGERE DELLE RIGHE ALL’INTERNO DEL FORMAT*

**1. Soggetto proponente**

|  |
| --- |
|  |

**2. Lista degli organismi costituenti l’Associazione temporanea di scopo (ATS)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |

 **3. Esperienze pregresse a favore di persone sottoposte a provvedimenti penali con indicazione dei progetti/servizi realizzati, data di avvio e conclusione (riferite al solo soggetto proponente)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Esperienze pregresse progetti/servizi | Data di avvio/data di conclusione | Committente  |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

**4. Azioni previste nel progetto**

*(Il progetto dovrà ricomprendere gli interventi individuati all’art. 1 dell’Avviso e secondo il Programma “Abruzzo Inclusivo”*)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**5. Descrizione del progetto**

**6. Descrizione degli elementi qualitativi della proposta come previsto dai criteri di valutazione di cui all’art. 8 dell’Avviso**

7. Cronoprogramma delle attività (durata max 12 mesi)

*(Descrizione delle fasi di sviluppo del progetto e delle attività che si intendono realizzare, con indicazione dei tempi di avvio e di esecuzione delle varie fasi in relazione al Programma “Abruzzo Inclusivo”*)

8. Rischi e difficoltà potenziali del progetto ed indicazioni di soluzioni per la loro gestione

*(Descrizione degli ostacoli, rischi e difficoltà che si potrebbero incontrare nella fase di avvio e sviluppo delle possibili soluzioni)*

9.Titoli professionali ed esperienze del personale che si prevede di impegnare nell’attuazione dell’intervento

*(Allegare i CV con documento di riconoscimento sottoscritti da tutte le professionalità che si intendono coinvolgere nel progetto)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome e Cognome | Ruolo nel progetto | Qualifiche ed esperienze coerenti con il progetto da realizzare*(max. 300 caratteri per ciascuno)* | Anni di esperienza professionale coerenti con l’ambito di intervento progettuale | Organismo di riferimento |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

10. Descrizione delle modalità di coinvolgimento degli istituti di sorveglianza e penitenziari, centri per l’impiego, servizi sociali del territorio

|  |
| --- |
|  |

**11. Strumenti di monitoraggio e valutazione previsti con indicazione dei risultati finali attesi**

|  |
| --- |
|  |

**12. Piano dei costi (coerente con il Piano finanziario inserito nel Programma *“Abruzzo Inclusivo”)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Categorie** | **Voci di costo** (a titolo indicativo) | **Importi in Euro** |
| **Spese per i destinatari****(Max 20 € al giorno pro capite)** |  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTALE CATEGORIA “A”** |  |
| **Altre tipologie di spesa** |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **TOTALE CATEGORIA “B”** |  |
|   |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **COSTO TOTALE DELL’INTERVENTO** |  |

Firma di tutti i componenti dell’ATS

………………………………………………………………………