**FORMULARIO di Progetto**

**INTERVENTI ED INIZIATIVE DEDICATE ALLE PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO, DI CUI AL FONDO PER L’INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ**

**DENOMINAZIONE PROGETTO**

|  |
| --- |
| **……………………….** |

**SOGGETTO CAPOFILA E PARTNER DI PROGETTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Soggetto capofila**  | *Denominazione e contatti* |
| **Responsabile di progetto** | *Nome e cognome**Ruolo all’interno dell’ente/organizzazione**Contatto telefonico, e-mail* |
| **Partner di progetto** | *Denominazione e contatti* |
| *Denominazione e contatti* |
| *Denominazione e contatti* |
| *Denominazione e contatti* |
| *Denominazione e contatti* |

*\*Aggiungere righe in base al numero dei partner da inserire*

**Durata del progetto**

*(indicare la data a di inizio e fine progetto)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Data inizio**  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| **Data fine** | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |

**Costo del progetto e finanziamento richiesto:**

*(indicare, la quota di cofinanziamento a carico del/dei proponenti, specificando le quote a carico di ciascuno)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Lett. B percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all’età di transizione fino ai ventuno anni, anche tramite voucher e attività trasversali** | **risorse destinate € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;** |
| **lettera f) progetti sperimentali volti alla formazione e all’inclusione lavorativa e attività trasversali** | **risorse destinate € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;** |
| **Totale costo progetto** | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Contributo richiesto** | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Eventuale Quota di cofinanziamento** | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Soggetto/i su cui grava il cofinanziamento (dettagliare l’importo di ogni cofinanziamento)** |   |

 **4. TERRITORIO DI ATTUAZIONE DELLE ATTIVITÀ**

*(presentazione del territorio e del contesto in cui si inserisce l’intervento)*

|  |
| --- |
| *Specificare:**- area territoriale su cui insiste l’intervento progettuale;* *- dati utenti con disturbi dello spettro autistico nell’area territoriale di riferimento;**- sintesi principali problematiche e bisogni rilevati*; Max. 300 parole |

|  |
| --- |
| **DESCRIZIONE DELL’IDEA PROGETTUALE** |
| *- Presentazione di massima dell’idea progettuale (cosa si intende fare e come)**- Target di riferimento**Max. 500 parole* |

|  |
| --- |
| **OBIETTIVI SPECIFICI:** |
| 1-2-3-4-… |

|  |
| --- |
| **RISULTATI ATTESI:** |
| *delineare gli indicatori di risultato per ogni obiettivo preposto**1-**2-**3-**4-* |
| **DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA’ PREVISTE**  |
| *descrivere le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi e dettagliare le modalità di attuazione, la metodologia,* *Max 1000 parole* |

|  |
| --- |
| **CRONOPROGRAMMA (DURATA 16 mesi)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Attività** | **Durata (mesi)** |
| Attività 1 *(dettagliare ….)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Attività 2 *(dettagliare ….)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Attività 3 *(dettagliare ….)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Attività 4 *(dettagliare ….)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Attività 5 *(dettagliare ….)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Attività 6 *(dettagliare ….)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Attività 7 *(dettagliare ….)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*\*Replicare i campi secondo le necessità*

|  |
| --- |
| **RUOLI E FUNZIONI DEI PARTNER NELLA REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA’** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Attività** | **Ruolo del partenariato nella realizzazione delle attività***Indicare per ogni attività il ruolo i partner coinvolti dettagliando i ruoli, compiti e funzioni di ciascuno;* | Indicare le risorse gestite dai partner per ogni attività |
| Attività 1: …………….  |  |  |
| Attività 2: ……………. |  |  |
| Attività 3: ……………. |  |  |
| Attività 4: ……………. |  |  |
| Attività 5: ……………. |  |  |
| Attività 6: ……………. |  |  |
| Attività 7: ……………. |  |  |
| … |  |  |

*\*Replicare i campi secondo le necessità*

|  |
| --- |
| **Complementarità delle azioni proposte con altri interventi e dispositivi attivi sul territori:** |
| *………………* |

|  |
| --- |
| **Integrazione con la rete territoriale socio-assistenziale ed educativa:** |
| *Descrivere come si integra la proposta progettuale con ad es. la rete regionale per il trattamento delle persone con ASD, Piano sociale di ambito distrettuale, interventi per il Dopo di Noi, altre progettualità per le persone con disabilità* |

|  |
| --- |
| **Innovazione delle azioni progettuali rispetto ai servizi esistenti in termini di servizi proposti e modalità di diffusione** |
|  |

**PIANO FINANZIARIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CATEGORIE** | **VOCI DI COSTO** | **DETTAGLI IMPORTI**  |  |
| **n. ore** dedicate al progetto | **costo orario** | **TOT. in euro** |  **Dettaglio importo cofinanziamento** |
| **A****Coordinamento e supervisione** | Retribuzioni e oneri personale di coordinamento e di supervisione (*max.10% del costo complessivo previsto per il personale)*(*specificare* *professionalità e tipo di rapporto di lavoro )*  |  |  |  |  |
| **B****Risorse umane****per l'attuazione****degli interventi****(specificare qualifica professionale, n. di ore previste, costo orario, tipo di rapporto di lavoro (dipendente, libero professionale, ecc.)** | Retribuzioni e oneri personale dedicato alle attività progettuali*)** 1 (*specificare professionalità e tipo di rapporto di lavoro*)
* 2 (*specificare professionalità e tipo di rapporto di lavoro*)
* 3 (*specificare professionalità e tipo di rapporto di lavoro*)
* 4 (*specificare professionalità e tipo di rapporto di lavoro*)
* 5 (*specificare professionalità e tipo di rapporto di lavoro*)
* …………………………..
 | **n. ore** dedicate al progetto | **costo orario** | **TOT. in euro** |  |
|  |  |  |  |
| Spese di viaggio (trasferte e alloggio) per il personale dedicato alle attività (max 1% del costo progetto)(*indicare solo le spese che presentano uno specifico nesso di causalità con la proposta progettuale*) |  |  |
| **C****Spese trasporto utenti** | Spese per il trasporto e accompagnamento degli utenti alle attività progettuali |  |  |
| **D****Spese generali****(max 5%)** | Spese per materiali e piccole attrezzature, software, per promozione di iniziative di aggregazione comunitaria, per gestione sede e spazi per attività (affitto e spese utenze) in quota non superiore al 20% della spesa complessiva(*specificare tipologia di spesa e relativo costo)**-**-* *-*  |  |  |
| **Totale generale**  |  |  |  |

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

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