



Regione Lombardia
Famiglia e Solidarietà Sociale

SCHEMA TECNICO PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI INNOVATIVI

ai sensi della l.r. n. 23/99 "Politiche regionali per la famiglia"

art. 5, comma 1
ANNO 2006

☞ **Progetto presentato all'Azienda Sanitaria Locale n°**

N° progetto

--	--	--	--	--

 allineare il n° progetto a destra, facendolo
seguire dal n° dell'ASL
n° ASL

☞ **Progetto presentato al Comune di Milano**

N° progetto

--	--	--	--

 Comune di Milano

1. Chi presenta il progetto

- **Denominazione del soggetto giuridico proponente**

.....
.....

Codice Fiscale	Partita IVA
Cognome e nome del rappresentante legale del soggetto giuridico proponente	
Indirizzo:	
Via	n°
C.a.p.	Località (Prov.)
Telefono	Fax
e-mail	

- **Tipologia del soggetto proponente**

- **Il soggetto proponente è iscritto al seguente registro:**

(nel caso il soggetto proponente risultasse iscritto a più registri, specifichi soltanto l'iscrizione al registro con la quale intende partecipare al presente bando.)

- 1 ? registro regionale dell'associazionismo familiare (ex l.r.23/99)
con provvedimento n°..... del
- 2 ? registro dell'associazionismo (ex l.r.28/96) nella sezione: 2.a ? regionale 2.b ? provinciale
con provvedimento n°..... del
- 3 ? registro del volontariato (ex l.r.22/93) nella sezione: 3.a ? regionale 3.b ? provinciale
con provvedimento n°..... del
- 4 ? albo regionale delle cooperative sociali – sez. A (ex l.r.16/93 confermata dalla ex l.r. 21/03)
con provvedimento n°..... del
- 5 ? registro regionale degli enti privati con personalità giuridica riconosciuta (ex D.P.R. 361/2000)
con provvedimento n°..... del
- 6 ? registro degli enti ecclesiastici con personalità giuridica (ex L. 222/85)
con provvedimento n°..... del
- 7 ? registro regionale delle associazioni femminili (ex l.r.16/92)
con provvedimento n°..... del

- Il soggetto proponente è iscritto anche al/i seguente/i registro/i? ? 2 sì ? 1 no
Se sì, quali ?

- 1 ? registro regionale dell'associazionismo familiare (ex l.r.23/99)
con provvedimento n°..... del
- 2 ? registro dell'associazionismo (ex l.r.28/96) nella sezione: 2.a ? regionale 2.b ? provinciale
con provvedimento n°..... del
- 3 ? registro del volontariato (ex l.r.22/93) nella sezione: 3.a ? regionale 3.b ? provinciale
con provvedimento n°..... del
- 4 ? albo regionale delle cooperative sociali – sez. A (ex l.r.16/93 confermata dalla ex l.r. 21/03)
con provvedimento n°..... del
- 5 ? registro regionale degli enti privati con personalità giuridica riconosciuta (ex D.P.R. 361/2000)
con provvedimento n°..... del
- 6 ? registro degli enti ecclesiastici con personalità giuridica (ex L. 222/85)
con provvedimento n°..... del
- 7 ? registro regionale delle associazioni femminili (ex l.r.16/92)
con provvedimento n°..... del

2. Titolo del progetto

.....
.....

.....

3. Il responsabile dell'attuazione del progetto:

(è il responsabile della gestione del progetto e referente del medesimo che potrebbe non coincidere con il rappresentante legale del soggetto proponente).

/// Cognome e nome del responsabile della gestione del progetto Indirizzo: Via n° C.a.p. Località (Prov.) Telefono Fax e-mail
--

~~///~~ Titolo di studio:

~~///~~ Professione:

4. Ambiti di intervento del progetto

Barrare nella colonna "ambito del progetto" un solo ambito prescelto:

Art.5, comma 1		ambito del progetto
Lettera a)	/// Organizzazione di esperienze di associazionismo sociale, atto a favorire il mutuo aiuto nel lavoro domestico e di cura familiare	? 5.1
	/// Organizzazione di "banche del tempo"	? 5.2
Lettera b)	/// Promozione di iniziative di sensibilizzazione e formazione al servizio delle famiglie, in relazione ai loro compiti sociali ed educativi	? 5.3

7. Altri soggetti coinvolti nella realizzazione del progetto

Indicare le collaborazioni attivate con altri soggetti (pubblici e/o privati) per la realizzazione del progetto solo se documentati da intese/accordi che devono essere allegati al presente schema (es.: delibere, convenzioni, protocolli di intesa, accordi di programma, lettere di intesa, ecc.)

Collaborazioni attivate con:	contatti attivati per la realizzazione del progetto	Descrizione dell'accordo <u>allegato</u> attestante gli impegni assunti per la realizzazione del progetto
amministrazioni statali	1 ?	
amministrazioni regionali	2 ?	
amministrazioni provinciali	3 ?	
amministrazioni comunali	4 ?	
aziende sanitarie locali	5 ?	
aziende ospedaliere	6 ?	
uffici scolastici provinciali, istituzioni scolastiche	7 ?	
altri enti pubblici (specificare.....)	8 ?	
famiglie	9 ?	
associazioni di solidarietà familiare	10 ?	
associazioni di privato sociale	11 ?	
organizzazioni di volontariato	12 ?	
fondazioni	13 ?	
cooperative sociali	14 ?	
imprese private	15 ?	
enti religiosi/parrocchie	16 ?	
partiti sindacati	17 ?	
altro (specificare.....)	18 ?	

8. Località destinataria degli interventi del progetto:

Indirizzo della sede di realizzazione delle attività del progetto:

.....

breve descrizione della sede dove verrà realizzato il progetto:

.....

.....

La sede è:

1. in uso gratuito 1

2. a pagamento 2

9. Svolgimento del progetto

Motivazioni (con esplicitazione del bisogno territoriale a cui il progetto intende rispondere):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Obiettivi:

.....

.....

.....

.....

.....

Descrizione delle attività:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Piano delle verifiche intermedie e finali

Sono previste occasioni di verifica delle attività del progetto ?

? 1 no

? 2 sì

Se sì, con quali strumenti?

?? Incontri tra le famiglie	
?? incontri degli operatori con gli utenti/loro famiglie	3 ?
?? riunioni tra gli operatori	1 ?
?? riunioni di supervisione con gli operatori	2 ?
?? questionari rivolti agli utenti/loro famiglie	4 ?
?? altro (specificare)	5 ?

11. Oneri finanziari

Nella seguente tabella ad ogni tipologia professionale/rapporto professionale è stato attribuito un **codice numerico** che permetterà di identificare la specifica funzione svolta all'interno del progetto e, di conseguenza permetterà di esplicitare i costi relativi sia al "personale retribuito" che al "lavoro volontario".

Nella compilazione delle tabelle di cui alle pagine seguenti, è importante cercare di attribuire sempre la competenza, cercando di utilizzare il meno possibile la voce "Altro", poiché nell'elenco sono state considerate moltissime figure.

TABELLA DEI CODICI PROFESSIONALI

	Operatori retribuiti		Volontari	
	Figure non familiari	Figure familiari (*)	Figure non familiari	Figure familiari (*)
Vigilatrice d'infanzia / Puericultrice / Maestra d'asilo/ operatore che ha frequentato un corso attivato ai sensi dell'art. 4, c. 2 lett. e) l.r. 23/99	1	2	3	4
Educatore professionale (in possesso di laurea o qualifica reg.le)	5	6	7	8
Animatore sociale	9	10	11	12
Insegnante (insegnante elementare, insegnante di scuola media inferiore e/o superiore, docente universitario)	13	14	15	16
Figure non qualificate con funzioni educative (**)	17	18	19	20
Psicologo / psicoterapeuta / pedagogista / sociologo / medico	21	22	23	24
Mediatore culturale / mediatore familiare	25	26	27	28
Assistente sociale	29	30	31	32
Ausiliario Socio Assistenziale	33	34	35	36
Infermiere professionale	37	38	39	40
Consulente legale	41	42	43	44
Inserviente / cuoco	45	46	47	48
Amministrativo	49	50	51	52
Altro (<i>specificare</i>)	53	54	55	56
.....	57	58	59	60

(*) Per 'figure familiari' sono da intendersi le persone legate da rapporti di parentela con uno o più utenti del progetto; es. genitori, nonni, ecc. impiegati nella realizzazione del progetto e nella effettiva erogazione dell'intervento.

(**) N.B. lo studente universitario o di scuola media superiore eventualmente presente va inserito in questa voce

- **Spese di gestione** (escluse le spese per interventi strutturali, di ammortamento mutui e manutenzione straordinaria)

Elenco spese di gestione	Costo previsto in € (IVA inclusa)	Stima del valore, se donazione, in €
Totale	(E)	(F)

- **Altre spese**

Elenco altre spese	Costo previsto in € (IVA inclusa)	Stima del valore, se donazione, in €
Totale	(G)	(H)

12. Partecipazione ai costi a carico dell'utenza

Tipologia (es. rette, contributi, iscrizione, assicurazione, ecc ...)	Entrata <u>Pro Capite</u> prevista in €	N° utenti previsti	Entrata Totale Prevista in €
Totale complessivo			(I)

13. Oneri finanziari complessivi riferiti al periodo finanziabile (max 12 mesi)

COSTI	€	VALORIZZAZIONI/ DONAZIONI	€
Personale retribuito (A)		Personale volontario (B)	
Attrezzature (C)		Attrezzature (D)	
Spese di gestione (E)		Attività gestionale (F)	
Altre spese (G)		Altre donazioni (H)	
Totale		Totale	
COSTO COMPLESSIVO (Totale costi + Totale valorizzazioni e donazioni)			€

FONTI DI COPERTURA DEL COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO (*)	
Partecipazione ai costi a carico dell'utenza (I)	€
Sponsorizzazioni private	€
Autofinanziamento (con risorse proprie)	€
Totale (L)	€
Valorizzazioni volontariato e donazioni	
Valorizzazione personale volontario (B)	€
Donazione attrezzature (D)	€
Donazione attività gestionale (F)	€
Altre donazioni (H)	€
Totale valorizzazioni (M)	€
Cofinanziamento da altri Enti Pubblici (**) (N) (specif.)	€
Cofinanziamento richiesto alla Regione (**) (O)	€
TOTALE FONTI DI COPERTURA DEL COSTO COMPLESSIVO (L+M+N+O)	€

(*) Il "Totale Fonti di copertura" deve essere uguale al "Costo Complessivo del progetto"

(**) La somma dei cofinanziamenti richiesti alla Regione e ad altri Enti Pubblici non può essere superiore al 70% del "Costo Complessivo del progetto"

Data,

Firma del legale rappresentante del soggetto proponente

_____ (firma leggibile)

SPAZIO RISERVATO ALL'ASL/COMUNE DI MILANO

COFINANZIAMENTO REGIONALE ASSEGNABILE €