**Allegato 2**

**SCHEDA PROGETTO**

**PARTE A**

**PRESENTAZIONE COMPLESSIVA DEGLI INTERVENTI E DEL PARTENARIATO**

(DA COMPILARE A CURA DELL’ENTE PROPONENTE)

**TITOLO DEL PROGETTO**

|  |
| --- |
|  |

**Ente capofila del progetto**

|  |
| --- |
|  |

**RESPONSABILE DELL’ATTUAZIONE DEL PROGETTO**

|  |
| --- |
| Nome e Cognome: Indirizzo e-mail: Telefono:  |

**COMPOSIZIONE E CARATTERISTICHE DEL PARTENARIATO**

*Elencare i partner e documentare le caratteristiche del partenariato, evidenziare le motivazioni che giustificano la scelta dei partner, la genesi del partenariato stesso e la modalità di cogestione. Descrivere la rappresentatività di ogni partner, in particolare con riferimento all’esperienza pregressa in tale ambito.*

**DURATA DEL PROGETTO**

|  |
| --- |
| Data di avvio *gg/mm/aa* e data di conclusione *gg/mm/aa*  |

**PARTE B**

**PROPOSTA PROGETTUALE**

**ANALISI DI CONTESTO E DEI BISOGNI DEI MINORI IN CONDIZIONI DI VULNERABILITA’ FAMILIARE**

|  |
| --- |
|  |

**DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLE ATTIVITÀ E DEGLI INTERVENTI PREVISTI**

*Individuare* *e descrivere le attività previste con particolare riguardo alle buone pratiche validate scientificamente, le metodologie di intervento, l’organizzazione delle attività (es. orari, numero e tipologia di personale impiegato, struttura, …) la loro coerenza con* *alla analisi del contesto/bisogni sopra rappresentata. Per ciascuna attività si chiede di indicare la tipologia ed il numero di destinatari a cui ci si rivolge.*

*Attività 1 (titolo)*

*Descrizione attività (indicando se si tratta di nuovo intervento oppure se interventi già presenti messi in rete)*

*Tempistica di realizzazione*

*Obiettivo specifico e risultato atteso*

*N° e tipologia di personale impiegato*

*Ore di servizio totali*

*Partner coinvolti e budget ipotizzato*

*Tipologia e numero di destinatari previsti (precisare se nuclei famigliari o singoli)*

*Attività 2 (titolo)*

*Descrizione attività (indicando se si tratta di nuovo intervento oppure se interventi già presenti messi in rete)*

*Tempistica di realizzazione*

*Obiettivo specifico e risultato atteso*

*N° e tipologia di personale impiegato*

*Ore di servizio totali*

*Partner coinvolti e budget ipotizzato*

*Tipologia e numero di destinatari previsti (precisare se nuclei famigliari o singoli)*

…………………

**TAVOLO DI COORDINAMENTO**

**FASI DEL PROGETTO**

*Indicare per ciascuna fase del progetto: gli obiettivi, le attività previste ed i risultati corrispondenti (compilare una riga per ogni fase del progetto)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fase** | **Durata** | **Obiettivo** | **Attività previste** | **Risultati attesi** |
| 1 |  |  | *Codice identificativo azione**Codice identificativo azione* |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

**INTEGRAZIONE DELLE AZIONI PROGETTUALI CON IL SISTEMA SOCIOSANITARIO, LA PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE, IL SISTEMA SCOLASTICO/EDUCATIVO E ALTRE RETI PRESENTI SUL TERRITORIO**

|  |
| --- |
|  |

**ELEMENTI DI SOSTENIBILITÀ DEL PROGETTO**

*Descrivere uno o più elementi di sostenibilità del progetto, sia a livello di continuità delle azioni che a livello di sostenibilità economica*

**STRUMENTI E INDICATORI DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA’**

*Descrizione della metodologia e degli indicatori di valutazione dei risultati e degli strumenti di rilevazione di esito*

|  |
| --- |
| **Indicatori quantitativi di efficacia** (ad esempio: n. di famiglie raggiunte, n. di incontri di rete etc.) |
| **Indicatori qualitativi** (ad esempio: questionari di gradimento, ritiro o buon esito del percorsi attivati etc.) |

**PIANO DEI COSTI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia spesa** | **Macroaree interventi** | **Tipologia intervento** | **Breve descrizione intervento** | **Finanziamento ATS** | **Cofinanziamento** | **Costo****complessivo** |
| Spese per personale interno/esterno | Sostegno alla genitorialità fragile | Specificare se: 1-tavolo di coordinamento/2-interventi diretti/3-interventi indiretti |  |  |  |  |
| Intercettazione precoce di situazioni di vulnerabilità e interventi di supporto | Specificare se: 1-tavolo di coordinamento/2-interventi diretti/3-interventi indiretti |  |  |  |  |
| Spese relative all’acquisto da Enti erogatori qualificati, di servizi per interventi diretti/indiretti sui minori/famiglie | Sostegno alla genitorialità fragile | Specificare se: 1-tavolo di coordinamento/2-interventi diretti/3-interventi indiretti |  |  |  |  |
| Intercettazione precoce di situazioni di vulnerabilità e interventi di supporto | Specificare se: 1-tavolo di coordinamento/2-interventi diretti/3-interventi indiretti |  |  |  |  |
| Altri costi diretti diversi da quelli di personale, incluse le spese riferite all’acquisto di beni | Sostegno alla genitorialità fragile | / |  |  |  |  |
| Intercettazione precoce di situazioni di vulnerabilità e interventi di supporto | / |  |  |  |  |
| TOTALI |  |  |  |  |  |  |

**TABELLA DI SINTESI DEL COSTO RENDICONTATO DEL PROGETTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Voce di costo** | **Rendiconto del progetto** |
| Spese di personale interno/esterno |   |
| Spese relative all’acquisto da Enti erogatori qualificati, di servizi per interventi diretti/indiretti sui minori/famiglie |  |
| Altri costi diretti diversi da quelli di personale incluse le spese riferite all’acquisto di beni (in misura del 15% rispetto al costo complessivo del progetto) e servizi connessi alle attività previste dal progetto |   |
| Totale |   |
|   |   |
| Totale Finanziamento ATS |   |
| Totale Cofinanziamento |   |

**Cronoprogramma delle attività**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prima annualità** | **Semestre 1** | **Semestre 2** |
| Cod. attività |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(…)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Seconda annualità** | **Semestre 3** | **Semestre 4** |
| Cod. attività |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(…)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Il Legale Rappresentante o Soggetto delegato alla firma