



SOCIETA' DELLA SALUTE
Zona Fiorentina Nord Ovest

ALLEGATO B

AVVISO PUBBLICO

PER L'AVVIO DI PROCEDURA COMPARATIVA AI SENSI DELL'ART. 56 DEL CODICE DEL TERZO SETTORE (D. LGS 117/2017) RISERVATA AD ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO E ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE AL FINE DI CONVENZIONAMENTO CON LA SDS PER LA GESTIONE DI SERVIZI VARI RIVOLTI PRIORITARIAMENTE A SOGGETTI ANZIANI DI SCANDICCI PERIODO APRILE 2019-MARZO 2021

SCHEMA DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

SOGGETTO RICHIEDENTE

Denominazione ente:.....

Natura giuridica:.....

Codice Fiscale/Partita IVA:.....

Sede legale

Indirizzo:.....Comune.....

Legale rappresentante:.....

Recapito telefonico.....

Indirizzo mail:.....

Posta elettronica certificata:.....

STRUTTURA PROPOSTA SEDE DELLE ATTIVITA'

Denominazione:.....

Indirizzo:.....Comune.....

Responsabile:.....

Recapito telefonico:.....

Indirizzo email:.....

PROPOSTA PROGETTUALE

1. Descrizione delle azioni che si intendono intraprendere: Attività offerte agli utenti anche in rapporto a obiettivi e finalità, modalità organizzative

2. Descrizione delle azioni che si intendono intraprendere e rapporti con i Servizi Sociali che hanno segnalato il beneficiario

3. Descrizione delle figure professionali che si intendono coinvolgere, in rapporto al punto 1 precedente e a quanto previsto al successivo punto 4 e Individuazione di un referente di progetto

3.1. Personale impiegato e collaborazioni attivate

<i>Ruolo</i>	<i>n.</i>	<i>Monte orario settimanale</i>

4. Eventuali elementi di novità che si intendono proporre e non previsti nell'avviso

5. Esperienza maturate in attività riconducibili ai contenuti del progetto

6. Costo degli interventi

Importo costo su base annua	Tipo intervento	Numero servizi svolti in media su base annua
	Consegna pasti a domicilio	
	Accompagnamento non istituzionale	
	Interventi di socializzazione	

Importo costo totale	Riferito a	
	Costo complessivo del progetto	A
	Contributo/Rimborso SDS	B
	Cofinanziamento del progetto	C

A = B + C

Si allega altresì, su carta intestata dell'Organizzazione/Associazione, Piano con il dettaglio delle voci di spesa che si prevede di sostenere e che debitamente documentate saranno oggetto del rimborso da parte della SdS.

Luogo e data

Firma del legale Rappresentante

.....

.....

ALLEGATO DOCUMENTO DI IDENTITA'