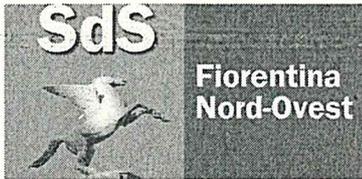


Allegato B)

DECRETO N. 186  
DEL 20.03.17



## SOCIETA' DELLA SALUTE Zona Fiorentina Nord Ovest

### AVVISO PUBBLICO

per la raccolta di manifestazioni di interesse al convenzionamento per la realizzazione del progetto contenente azioni di sostegno psicologico ed educativo per soggetti con sindromi autistiche (con particolare riferimento a bambini in età prescolare e scolare) del Comune di Campi Bisenzio, Signa e Sesto Fiorentino. Ottobre 2017- Giugno 2018

#### 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: Rapporti con i servizi 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. 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. Elementi di novità che si intendono proporre e non previsti nell'avviso

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

### 5. Esperienza maturate in attività riconducibili ai contenuti del progetto

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

### 6. Costo dell'incontro (art. 4 dell'Avviso)

| <b>Importo</b> | <b>Durata</b> | <b>Riferito a</b>  |
|----------------|---------------|--|
|                |               | Colloquio con i genitori   |
|                |               | Osservazioni in ambulatorio con i genitori del bambino/a   |
|                |               | Valutazione educativa professionale  |
|                |               | Valutazione dell'inserimento al progetto   |
|                |               | Report per i Servizi   |
|                |               | Sostegno alla genitorialità sia psicologica che educativa con incontri periodici psico-educativi con i genitori, sia individuale che di gruppo |
|                |               | Attività educative di gruppo per i minori  |