



SOCIETÀ' DELLA SALUTE Zona Fiorentina Nord Ovest

AVVISO PUBBLICO

Di cui alla procedura comparativa ai sensi dell'art. 56 del Codice del Terzo Settore (D.lgs 117/2017) riservata ad Organizzazioni di Volontariato al fine di convenzionamento con la SDS per la gestione delle attività connesse al superamento del Campo Rom di Via Madonna del Piano, 99 Sesto Fiorentino – per la durata di un anno prorogabile al massimo per un ulteriore anno

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, ivi comprese eventi e occasioni di incremento dei rapporti e fiducia con il territorio

5. Esperienza maturate in attività riconducibili ai contenuti del progetto

6. Costo del progetto (art. 6 dell'Avviso)

Importo	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, 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')