**RELAZIONE FINALE**

**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà**

**(D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) alla via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. civ.\_\_\_\_\_\_\_\_ (C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo posta elettronica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Beneficiario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/00), **DICHIARA QUANTO SEGUE** sotto la sua personale responsabilità

|  |  |
| --- | --- |
| **AVVISO** | **Avviso Pubblico** **INSIEME PER FARE: realizzazione di servizi per la**  **promozione dell’inclusione, del benessere e per l’invecchiamento attivo delle persone anziane** |
| **BENEFICIARIO (Soggetto mandatario ATS)** |  |
| **RESPONSABILE DEL PROGETTO** |  |
| **PERIODO DI SVOLGIMENTO DEL PROGETTO** | *Indicare la nota di richiesta variazione (se inviata)* |
| **CUP** |  |
| **CODICE PROGETTO** |  |
| **TITOLO PROGETTO** |  |

1. **Composizione A.T.I./A.T.S.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(l’atto registrato deve essere presente all’interno del SiGeM)*

1. **Pubblicità:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Descrivere le azioni attuate in adempimento a quanto previsto dall’Art 21 dell’Avviso “Informazione e Pubblicità”. (La documentazione o i riferimenti ai link relativi alla pubblicità devono essere presenti all’interno del SiGeM – Allegato 1)*

1. **Descrizione delle attività realizzate**

*(compilare le sezioni in base alle attività previste dal progetto approvato)*

|  |  |
| --- | --- |
| **1) Recupero psico-fisico, anche attraverso attività ludico-motorie, affinché la persona anziana mantenga l’autosufficienza, con conseguente miglioramento della qualità della vita;** | *Descrivere le attività messe in campo* |
| **ATTIVITA’ SVOLTE** | *Descrivere di seguito le prestazioni erogate, le esigenze riscontrate nell’utenza sostenuta, le problematiche attenzionate.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **2) Attività ricreativo-culturali in favore della popolazione anziana** | *Descrivere le attività messe in campo* |
| **ATTIVITA’ SVOLTE** | *Descrivere di seguito le prestazioni erogate, le esigenze riscontrate nell’utenza sostenuta, le problematiche attenzionate.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **3) Promozione di attività lavorative ed artigianali** | *Descrivere le attività messe in campo* |
| **ATTIVITA’ SVOLTE** | *Descrivere di seguito le prestazioni erogate, le esigenze riscontrate nell’utenza sostenuta, le problematiche attenzionate.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **4) Promozione di momenti di lettura** | *Descrivere le attività messe in campo* |
| **ATTIVITA’ SVOLTE** | *Descrivere di seguito le prestazioni erogate, le esigenze riscontrate nell’utenza sostenuta, le problematiche attenzionate.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **5) Informazione e orientamento finalizzati all’acquisizione delle conoscenze inerenti i servizi socio-assistenziali e sanitari promossi dal sistema integrato offerti sul territorio** | *Descrivere le attività messe in campo* |
| **ATTIVITA’ SVOLTE** | *Descrivere di seguito le prestazioni erogate, le esigenze riscontrate nell’utenza sostenuta, le problematiche attenzionate* |

|  |  |
| --- | --- |
| **6) Assistenza domiciliare** | *Descrivere le attività messe in campo* |
| **ATTIVITA’ SVOLTE** | *Descrivere nel dettaglio come si è svolta l’erogazione delle attività programmate.* |

|  |
| --- |
| **SINTESI DELLE ATTIVITA’**  **SVOLTE** |
| **Destinatario** | **Nome e Cognome operatori per ciascun destinatario o gruppi di destinatari** | **Attività svolte\*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*\*Fare riferimento alle tipologie di attività da 1 a 6*

**ALLEGATO 1 – MATERIALE PUBBLICITARIO**

*La presente relazione finale deve essere compilata integralmente e dettagliatamente così come indicato all’art. 17 dell’”Avviso pubblico INSIEME PER FARE: realizzazione di servizi per la promozione dell’inclusione, del benessere e per l’invecchiamento attivo delle persone anziane”. La presenza di irregolarità nella compilazione del presente documento (informazioni assenti, sezioni non compilate, informazioni non esaustive ecc.) comporterà il mancato riconoscimento del contributo concesso.*

**Data Firma del Legale Rappresentante del Capofila**