



Allegato 1

REGIONE LAZIO

Assessorato Istruzione, Diritto allo Studio e Formazione

Formulario per la presentazione di
**PERCORSO FORMATIVO PER FIGURE PROFESSIONALI DA
IMPIEGARE NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE DI MALATI
NEUROMUSCOLARI CON RESPIRAZIONE MECCANICA INVASIVA E
NON**

CONTENUTO

Sezione A - IDENTIFICAZIONE DELL'INTERVENTO

Sezione B - SOGGETTO MANDATARIO DELL'ATS

Sezione C - SOGGETTI MANDANTI DELL'ATS

Sezione D - DESCRIZIONE DEL PROGETTO INTEGRATO

Sezione E - RISORSE UMANE

Sezione F - SCHEDE FINANZIARIA

SEZIONE A: IDENTIFICAZIONE DELL'INTERVENTO

A.1 - Denominazione intervento:

.....

A.2 - Provincia di riferimento:

Frosinone Latina Roma Rieti Viterbo

A.3 - Quadro riepilogativo dell'intervento

AZIONI	DURATA IN ORE	DURATA IN MESI	DESTINATARI N.
Azione A - Orientamento			
Azione B - Formazione d'aula			
Azione C - Tirocini			
Azione D - Costituzione reti			
Azione E - Comunicazione			
Totale			

A.4 - Durata totale dell'intervento:mesi

A.5 - COMPOSIZIONE DELL'ATI/ATS

SOGGETTO MANDATARIO.....

SOGGETTO MANDANTE

(aggiungere altro soggetto se necessario)

SEZIONE B: SOGGETTO MANDATARIO ATI/ATS

B.1 – Ragione sociale soggetto mandatario: _____

(indicare la denominazione completa, inclusa la tipologia societaria: Srl. Spa, onlus, ecc):

Codice Fiscale: _____

Partita IVA (se presente): _____

B.2 – Stato dell’accreditamento:

- accreditato ai sensi della DGR 968 del 29/11/2007 e s.m.i. per la macrotipologia “Formazione Superiore”;
- non ancora accreditato ai sensi della DGR 968 del 29/11/2007 e s.m.i., per la macrotipologia “Formazione Superiore” alla data di presentazione della domanda ed in possesso di User ID rilasciata dal sistema S.AC PORTAL della Regione Lazio.

Indicare USER ID S.AC PORTAL: _____

Indicare i seguenti dati:

Legale rappresentante

Nominativo _____ Nato il: _____ Codice Fiscale _____

Città _____ Prov. _____

Residenza anagrafica del legale rappresentante

Indirizzo _____ CAP: _____

Città _____ Prov. _____ Tel _____

Sede legale del soggetto mandatario

Indirizzo _____ CAP: _____

Città: _____ Prov. _____ Tel _____ E-mail _____

Sede operativa dell’intervento

Indirizzo _____ CAP: _____

Città: _____ Prov. _____ Tel _____ E-mail _____

Breve descrizione delle attività svolte dall'ente

--

SEZIONE C: SOGGETTO MANDANTE DELL' ATI/ATS

Sezione da compilare per ogni mandante ATI/ATS

C.1 - Se il soggetto mandante è un ente di formazione, indicare:

Ragione sociale soggetto mandatario: _____

(indicare la denominazione completa, inclusa la tipologia societaria: Srl, Spa, onlus, ecc):

Codice Fiscale: _____

Partita IVA (se presente): _____

Stato dell'accreditamento:

- accreditato ai sensi della DGR 968 del 29/11/2007 e s.m.i. per la macrotipologia "Formazione Superiore";
- non ancora accreditato ai sensi della DGR 968 del 29/11/2007 e s.m.i., per la macrotipologia "Formazione Superiore" alla data di presentazione della domanda ed in possesso di User ID rilasciata dal sistema S.AC PORTAL della Regione Lazio.

Indicare USER ID S.AC PORTAL: _____

Indicare i seguenti dati:

Legale rappresentante

Nominativo _____ Nato il: _____ Codice Fiscale _____

Città _____ Prov. _____

Residenza anagrafica del legale rappresentante

Indirizzo _____ CAP: _____

Città _____ Prov. _____ Tel _____

Sede legale del soggetto mandatario

Indirizzo _____ CAP: _____

Città: _____ Prov. _____ Tel _____ E-mail _____

Sede operativa dell'intervento

Indirizzo _____ CAP: _____

Città: _____ Prov. _____ Tel _____ E-mail _____

Breve descrizione delle attività svolte dall'ente

(aggiungere altro soggetto se necessario)

C.2 - Se il soggetto mandante è un soggetto con comprovata esperienza nella cura della Sclerosi Laterale

Amiotrofica, indicare:

Ragione sociale soggetto mandante dell'ATI/ATS _____

(indicare la denominazione completa, inclusa la tipologia societaria: Srl, Spa, onlus, ecc):

Codice Fiscale: _____

Partita IVA (se presente): _____

Indicare i seguenti dati:

Legale rappresentante

Nominativo _____ Nato il: _____ Codice Fiscale _____

Città _____ Prov. _____

Residenza anagrafica del legale rappresentante

Indirizzo _____ CAP: _____

Città _____ Prov. _____ Tel _____

Sede legale del soggetto mandante

Indirizzo _____ CAP: _____

Città: _____ Prov. _____ Tel _____ E-mail _____

Sede operativa dell'intervento

Indirizzo.....CAP:.....

Città:.....Prov.....Tel.....E-mail.....

Breve descrizione delle attività svolte

Breve descrizione degli interventi comprovanti esperienza almeno triennale, maturata nel quinquennio 2004-2008, in materia di cura della Sclerosi Laterale Amiotrofica e nell'assistenza domiciliare ai malati affetti da tale patologia

Tabella riepilogativa dei principali servizi svolti nell'ambito della cura della Sclerosi Laterale Amiotrofica e nell'assistenza domiciliare ai malati affetti da tale patologia

DESCRIZIONE INTERVENTI/PROGETTI	PERIODO DEL INTERVENTI/PROGETTI	SEDE DI SVOLGIMENTO	N. ASSISTENTI DOMICILIARI IMPIEGATI	N. BENEFICIARI COINVOLTI

(aggiungere altro soggetto se necessario)

EVENTUALE SOGGETTO DELEGATO

C.3 – Ragione sociale soggetto delegato

(indicare la denominazione completa, inclusa la tipologia societaria: Srl, Spa, onlus, ecc):

Codice Fiscale: _____

Partita IVA (se presente): _____

Indicare i seguenti dati:

Legale rappresentante

Nominativo _____ Nato il: _____ Codice Fiscale _____

Città _____ Prov. _____

Residenza anagrafica del legale rappresentante

Indirizzo _____ CAP: _____

Città _____ Prov. _____ Tel _____

Sede legale del soggetto delegato

Indirizzo _____ CAP: _____

Città: _____ Prov. _____ Tel _____ E-mail _____

Sede operativa dell'intervento delegato

Indirizzo _____ CAP: _____

Città: _____ Prov. _____ Tel _____ E-mail _____

Attività delegata

Descrizione attività e caratteristiche tecniche dell'intervento delegato

Descrizione esperienza specifica del soggetto delegato nella tipologia di attività oggetto di delega

Attività simili o affini all'ambito della tipologia di intervento proposta svolte negli ultimi 3 anni:

Attività svolta	Anno	Importo

Importo dell'attività delegata

fino a € 20.000,00. Indicare importo:

da € 20.000,01 a € 45.000,00. Indicare importo:

(se superiore a 20.000 euro, allegare almeno 3 preventivi)

SEZIONE D: DESCRIZIONE DEL PROGETTO INTEGRATO

D.1 – Obiettivi dell'intervento e coerenza con le finalità dell'avviso pubblico

Descrivere il progetto con particolare attenzione agli obiettivi, risultati attesi, alla coerenza fra le azioni proposte

D.2 – Analisi dei fabbisogni e caratteristiche del contesto nel quale si realizza il progetto

Evidenziare il contesto sociale e territoriale in cui si inserisce il progetto i principali bisogni e le necessità rilevate, le modalità di selezione del target dell'intervento, obiettivi specifici e risultati attesi per il territorio interessato dall'intervento proposto

D.3 – Struttura progettuale

D.3.1 – Presentazione sintetica del progetto proposto

Descrizione delle singole azioni (A, B, C, D, E ed eventuale modulo lingua italiana) obiettivi operativi, contenuti didattici, strumenti e metodologie formative

D.3.2 – Descrizione dei risultati attesi

Indicare gli inserimenti lavorativi previsti e i risultati attesi in termini di occupabilità, evidenziare gli elementi sostenibilità dell'intervento e la trasferibilità delle metodologie e dei risultati

D.4 – Caratteristiche dei soggetti coinvolti:

Descrizione delle esperienze pregresse, del quadro organizzativo, delle risorse messe a disposizione per la realizzazione del progetto e dell'apporto del partenariato

D.5 – Priorità

D.5.1 – Iniziative a favore delle politiche di mainstreaming di genere

Descrizione delle iniziative prese a favore delle politiche di mainstreaming di genere, con particolare riguardo alle azioni rivolte alle donne con più di 45 anni

D.5.2 – Aspetti innovativi del progetto

Descrizione degli aspetti innovativi delle metodologie e degli obiettivi didattici

D.6. – Gestione operativa e tempistica dell'intervento

--

D.7 – FORMAZIONE D'AULA

Compilare la seguente tabella

UNITA' DIDATTICA	N. ORE	OBIETTIVI SPECIFICI	STRUMENTI <i>Libri, dispense, altro</i> SPECIFICARE	METODOLOGIA <i>Lezione frontale, laboratori, altro</i> SPECIFICARE	SEDE DI SVOLGIMENTO
AREA MOTORIA	32				
AREA RESPIRATORIA	32				
AREA NUTRIZIONALE	32				
AREA DELLA COMUNICAZIONE	32				
AREA DELLA DIMENSIONE DOMICILIARE	32				
EVENTUALE MODULO LINGUA ITALIANA	25				

(aggiungere righe se necessario)

SEZIONE E: RISORSE UMANE

E.1 – Quadro riepilogativo del gruppo di lavoro del progetto:

N.	Cognome e nome	Codice fiscale	Ente di appartenenza	Profilo (Circ. 41/2003 MLPS) o qualifica contrattuale	Titolo di studio	Esperienza <i>N. anni</i>	Ruolo nel progetto*	Costo orario <i>Euro</i>	Costo Totale <i>Euro</i>	Impegno <i>N. ore</i>	Azione di riferimento <i>(A, B, C, D, E)</i>

*Indicare: docente, coordinatore, tutor, consulente, amministrativo, ecc

SEZIONE F: SCHEDA FINANZIARIA

F.1 – Scheda finanziaria riepilogativa:

MACROVOCI	AZIONE A	AZIONE B	AZIONE C	AZIONE D	AZIONE E	TOTALE
A – RISORSE UMANE						
B – ALLIEVI						
C – SPESE DI FUNZIONAMENTO E GESTIONE						
D – ALTRE SPESE						
TOTALE						

F.2 – Scheda finanziaria riepilogativa con suddivisione tra i componenti ATI/ATS

Componente ATI/ATS	AZIONE A		AZIONE B		AZIONE C		AZIONE D		AZIONE E		TOTALE	
	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%
		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0

F.3: – Preventivo finanziario dettagliato:

A.	MACROVOCE DI SPESA: RISORSE UMANE	TOTALE	AZIONE A	AZIONE B	AZIONE C	AZIONE D	AZIONE E
A.1	Risorse umane interne	€					
A.2	Risorse umane esterne	€					
A.3	Altro (specificare)	€					
	Totale macrovoce:	€					

B.	MACROVOCE DI SPESA: ALLIEVI	TOTALE	AZIONE A	AZIONE B	AZIONE C	AZIONE D	AZIONE E
B.1	Assicurazione Inail ed assicurazioni aggiuntive	€					
B.2	Spese di viaggio, vitto e alloggio	€					
B.3	Altro (specificare)	€					
	Totale macrovoce:	€					

C.	Macrovoce di spesa: Spese di funzionamento e gestione - COSTI INDIRETTI	TOTALE	AZIONE A	AZIONE B	AZIONE C	AZIONE D	AZIONE E
	Attrezzature: affitto o leasing Attrezzature: ammortamento Attrezzature: manutenzione ordinaria Indumenti protettivi Immobili: affitti Immobili: ammortamento Immobili: condominio Immobili: manutenzione e pulizie Cancelleria e stampati Ammortamento attrezzature per attività non didattiche Assicurazione Energia, gas ed acqua Spese postali e telefoniche Riscaldamento e condizionamento Spese varie di gestione						

Collegamenti telematici e spese telefoniche Spese cariche sociali Altro (specificare):							
<i>Totale macrovoce:</i>	€	€	€	€	€	€	€

D.	Macrovoce di spesa: Altre spese - costi diretti	TOTALE	AZIONE A	AZIONE B	AZIONE C	AZIONE D	AZIONE E
D.1	Materiale didattico	€					
D.2	Pubblicità	€					
D.3	Fidejussione:	€					
D.4	Affitto/Leasing/Ammortamento attrezzature formazione a distanza	€					
D.5	Altro (specificare):	€					
	<i>Totale macrovoce:</i>	€					

F.4: – Il legale rappresentante del soggetto mandatario acconsente all'utilizzazione dei dati immessi ai sensi della legge n. 196/2003: si no

Firma:_____

Il presente formulario si compone di pagine:_____

Timbro e firma del legale rappresentante del soggetto
mandatario