

##### REGIONE LAZIO

**DIREZIONE REGIONALE INCLUSIONE SOCIALE**

**AREA SISTEMA INTEGRATO DEI SERVIZI SOCIALI**

**AVVISO PUBBLICO**

**per la sperimentazione di azioni di contrasto alla povertà educativa per bambini/e e ragazzi/e accolti/e nelle strutture residenziali**

##### MODULISTICA

**MODELLO A**

Alla Regione Lazio

Direzione Regionale Inclusione Sociale – Area Sistema integrato dei servizi sociali

PEC: siss@pec.regione.lazio.it

Oggetto: domanda di ammissione a finanziamento all’Avviso Pubblico per la sperimentazione di azioni di contrasto alla povertà educativa per bambini/e e ragazzi/e accolti/e nelle strutture residenziali.

Il/La sottoscritto/a (Cognome e nome) nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il / /

codice fiscale , e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , cell. \_\_\_\_\_\_

nella sua qualità di legale rappresentante del/della codice fiscale/p.iva. n. ,tel. \_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sito internet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_n° in nome e per conto del quale agisce,

**in promessa di partenariato con (*indicare denominazione, sede legale ed operativa, codice fiscale di ciascun componente il partenariato)*:**

1.

2.

all’interno del quale il suddetto Ente verrà nominato soggetto capofila;

ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità;

##### CHIEDE

di poter accedere all’assegnazione del contributo di cui all’Avviso in oggetto, pubblicato sul sito internet [www.regione.lazio.it ,](http://www.regione.lazio.it/) per la proposta progettuale allegata alla presente domanda dal titolo “ ”

* per l'importo di
* per l'ambito territoriale di

Dichiara:

* di aver preso visione dell'Avviso e delle prescrizioni in esso contenute;
* di essere consapevole che l'accertamento della non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, nonché di quelle accluse alla medesima, comporterà l'esclusione dalla procedura, ovvero, in caso di assegnazione del finanziamento, l'annullamento e/o la revoca dell'assegnazione stessa.

A tal fine allega la seguente documentazione indicata al punto 6 dell'Avviso:

* Modello B - Dichiarazione/i di partenariato;
* Modello C - Scheda anagrafica del soggetto proponente;
* Modello D - Scheda di progetto.

*Firmata digitalmente del legale rappresentante*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

*La presente domanda deve essere firmata digitalmente ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e del D.Lgs. n. 82/2005, dichiarando altresì che i certificati di firma utilizzati sono validi e conformi al disposto dell’art. 1, comma 1, lett.f), del D.Lgs. n. 82/2005 e ss.mm*

**MODELLO B**

***AVVISO PUBBLICO***

***per la sperimentazione di azioni di contrasto alla povertà educativa per bambini/e e ragazzi/e accolti/e nelle strutture residenziali***

**DICHIARAZIONE DI PARTENARIATO**

 Il/La sottoscritto/a (Cognome e nome)

nato/a a , il / /

codice fiscale , e-mail , cell.

nella sua qualità di legale rappresentante del/della

codice fiscale/p.iva. n. ,tel. , e-mail , sito internet

con sede legale in , Via n°

con sede operativa in ,Via n° in nome e per conto del quale agisce,

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, di falsità negli atti e della conseguente decadenza dei benefici di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000,

##### DICHIARA

* Di essere iscritto al RUNTS dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(in caso di ETS)
* di partecipare in qualità di partner alla proposta progettuale dal titolo “ ” presentata da

 in qualità di soggetto proponente;

* di condividere i contenuti della stessa e di assumere i compiti e ruoli, quali stabiliti nella scheda di progetto presentata con il separato **Modello D**;

*Firma del legale rappresentante*

*La presente domanda deve essere firmata digitalmente ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e del D.Lgs. n. 82/2005, dichiarando altresì che i certificati di firma utilizzati sono validi e conformi al disposto dell’art. 1, comma 1, lett.f), del D.Lgs. n. 82/2005 e ss.mm.ii.*

##### N.B. Il presente modello deve essere compilato da ciascun partner di progetto.

**MODELLO C**

***AVVISO PUBBLICO***

***per la sperimentazione di azioni di contrasto alla povertà educativa per bambini/e e ragazzi/e accolti/e nelle strutture residenziali***

SCHEDA ANAGRAFICA SOGGETTO PROPONENTE

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione dell'ente |  |
| Tipologia giuridica |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo |  |
| Telefono |  |
| E-mail |  |
| PEC e-mail |  |
| Url sito internet |  |
| Popolazione minorile al 31/12/2024 |  |
| Legale rappresentante (cognome, nome, e-mail, telefono, cellulare) |  |
| Referente del progetto (cognome, nome, e-mail, telefono, cellulare) |  |

**MODELLO D**

***AVVISO PUBBLICO***

***per la sperimentazione di azioni di contrasto alla povertà educativa per bambini/e e ragazzi/e accolti/e nelle strutture residenziali***

**SCHEDA PROGETTO**

**A. SEZIONE DATI ANAGRAFICI**

## DENOMINAZIONE DEL PROGETTO

1. **DISTRETTO SOCIO-SANITARIO/MUNICIPIO DI RIFERIMENTO**
2. **INDIRIZZO (VIA, COMUNE, PROVINCIA CAP )**

#  \_

1. **INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA**

# PEC

## NOME RESPONSABILE DEL CENTRO

1. **CONTATTI DEL RESPONSABILE (EMAIL E TELEFONO)**

### TITOLO DEL PROGETTO

**DURATA**

### PROGETTO (Massimo una pagina)

|  |
| --- |
| * Descrizione puntuale della proposta progettuale, periodo di implementazione, numero di bambini e/o ragazzi coinvolti;
* N. di personale impiegato e relativa qualifica;
* Modalità di realizzazione e durata della progettazione;
* coerenza tra modello, metodologia, personale e risorse tecniche e strumentali in riferimento agli obiettivi del progetto;
* cofinanziamento (eventuale);
 |

|  |
| --- |
| POPOLAZIONE MINORILE AL 31/12/2024 TOT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**RISULTATI ATTESI**

**BUDGET /QUADRO ECONOMICO**

**(per ciascuna figura professionale prevista, occorre specificare monte ore settimanale, inquadramento contrattuale, costo orario e tipologia di contratto applicata)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia di spesa** | **Importo** | **Ore totali/costo complessivo** |
| Spese di personale1. 2.3. |  |  |
| Spese di organizzazione |  |  |
| Costi vari  |  |  |
| Cofinanziamento (eventuale) |  |  |
| Altro (specificare) |  |  |
| **Totale finanziamento richiesto** | **euro** |  |

Il sottoscritto dichiara di fornire tutte le informazioni contenute nella documentazione consegnata ai sensi del D.P.R. n.445/2000 e di essere consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità.

In fede

…………………………………………

(timbro e firma)

……………………………li………….../…….…/………..