

ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE, BENI COMUNI E ASP (AZIENDA PUBBLICA ALLA PERSONA)

AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA, PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI, IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”



Allegato 2

**ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE BENI COMUNI
E ASP (AZIENDA PUBBLICA ALLA PERSONA)**

**DIREZIONE REGIONALE PER L’INCLUSIONE SOCIALE
AREA WELFARE DI COMUNITA' E INNOVAZIONE SOCIALE**

Modulistica

AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA, PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI, IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”

ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE, BENI COMUNI E ASP (AZIENDA PUBBLICA ALLA PERSONA)

AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA, PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI, IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”

MODELLO A

Alla Regione Lazio
Direzione Regionale per l’Inclusione Sociale
Area Welfare di Comunità e Innovazione sociale
Via Rosa Raimondi Garibaldi n. 7
00145 – ROMA

PEC: welfaredicomunitaeinnovazionesociale@regione.lazio.legalmail.it

Oggetto: domanda di ammissione a finanziamento Avviso pubblico “Realizzazione di un intervento di natura socio-sanitaria, presentato dalle cooperative sociali o loro consorzi, in favore dei soggetti senza fissa dimora.”

Il/La sottoscritto/a (Cognome e nome) _____

_____ nato/a _____ a _____, il
_____/_____/_____, codice fiscale _____, cell.
_____, e-mail _____
_____ nella sua qualità di legale rappresentante del/della
_____, codice fiscale n. _____, tel.
_____, e-mail _____, sito
internet _____ con sede legale in _____, Via
_____ n° _____, con sede operativa in _____, Via
_____ n° _____,

(solo in caso di partenariato, aggiungere la seguente dichiarazione)

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

- _____,
- _____

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

ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE, BENI COMUNI E ASP (AZIENDA PUBBLICA ALLA PERSONA)

AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA, PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI, IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”

di poter accedere all’assegnazione del finanziamento pubblico di cui all’Avviso in oggetto, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. X del XXXX e sul sito internet <http://www.regione.lazio.it/politichesociali/> per la proposta progettuale allegata alla presente domanda dal titolo

“ _____ ”.:

- per l’importo richiesto di finanziamento: _____

Dichiara inoltre:

- 1) di aver preso piena conoscenza dell’Avviso e delle prescrizioni in esso contenute che si impegna ad attuare e rispettare integralmente;
- 2) che, qualora approvato, l’intervento verrà realizzato presso la sede:
indirizzo _____, città _____ provincia _____
- 3) che l’intervento prevede una durata di _____ mesi;
- 4) che per il medesimo intervento non sono stati richiesti altri finanziamenti nell’ambito di programmi nazionali o regionali, né altri programmi o iniziative comunitarie;
- 5) 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, la revoca dell’assegnazione stessa.

A tal fine allega la seguente documentazione indicata nell’articolo 8 dell’Avviso “Realizzazione di un intervento di natura socio-sanitaria, presentato dalle cooperative sociali o loro consorzi, in favore dei soggetti senza fissa dimora.”:

- Modello A1 - Dichiarazione di partenariato (se previsto);
- Modello A2 - Dichiarazione di collaborazione (se prevista);
- Modello B - Dichiarazioni sostitutive ex artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000;
- Modello C - Scheda di progetto;
- Modello D - Piano finanziario;
- Modello E - Informativa privacy.

(Luogo e data)

Il Legale Rappresentante
(Timbro e firma)

AVVERTENZE: La presente domanda, in caso di firma elettronica, deve essere prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di undocumento di identità del sottoscrittore, in corso di validità, ai sensi dell’art. 38 D.P.R. n. 445/2000.

ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE, BENI COMUNI E ASP (AZIENDA PUBBLICA ALLA PERSONA)

AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA, PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI, IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”

**MODELLO
A1**

DICHIARAZIONE DI PARTENARIATO (se previsto)

Il/La _____ sottoscritto/a

nato/a _____ il

_____/_____/_____, codice fiscale _____, in qualità di

Rappresentante Legale dell'Ente _____,

codice fiscale _____, con sede legale in

_____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n° con

sede operativa in _____ Prov. ----

Via/Piazza _____ 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 partecipare, in qualità di partner, alla proposta progettuale dal titolo

_____ di cui è capofila _____ (indicare il 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 C** e di seguito specificati:

**ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE, BENI COMUNI E ASP (AZIENDA
PUBBLICA ALLA PERSONA)**

**AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN
INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA, PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI,
IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”**

SI IMPEGNA

in caso di ammissione al finanziamento del progetto sopra indicato, a costituire associazione
temporanea di scopo con il capofila e gli altri, eventuali, partner di progetto.

Data _____

Timbro e firma del Rappresentante Legale*

Allegare fotocopia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, in caso di firma
elettronica.

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

ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE, BENI COMUNI E ASP (AZIENDA PUBBLICA ALLA PERSONA)

AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA, PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI, IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”

**MODELLO
A2**

DICHIARAZIONE DI COLLABORAZIONE “GRATUITA” (se prevista)

Il/La _____ sottoscritto/a

nato/a _____ il

_____/_____/_____, codice fiscale _____, in qualità di

Rappresentante Legale dell’Ente _____,

codice fiscale _____, con sede legale in

_____ Prov. _____

Via/Piazza _____ 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 partecipare a titolo gratuito sotto forma di “collaborazione”, alla proposta progettuale dal titolo

_____ di cui è capofila _____ (indicare il soggetto proponente);

- di condividere i contenuti della stessa e di assumere, nell’ambito delle attività individuate nel progetto, i compiti e ruoli di seguito specificati:

Data _____

Timbro e firma del Rappresentante Legale*

*Allegare fotocopia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, in caso di firma elettronica.

N.B. Il presente modello deve essere compilato per ciascuna collaborazione.

**ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE, BENI COMUNI E ASP (AZIENDA
PUBBLICA ALLA PERSONA)**

**AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN
INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA, PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI,
IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”**

**MODELLO
B**

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE
art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

Il/La sottoscritto/a _____; nato/a a
_____, prov. _____, il _____, codice fiscale
_____, residente a _____, Prov. _____, via/ p.zza _____
cellulare _____, e-mail _____, in qualità di
(qualifica) _____
legale rappresentante _____, codice fiscale _____,
con sede legale in _____, Prov.
_____, Via/P.zza _____ n.
_____ CAP _____
con sede operativa in _____, Prov.
_____, Via/P.zza _____ n.
_____ CAP _____
telefono n. _____, fax _____ indirizzo e-mail
_____ ; sito internet _____,

**ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE, BENI COMUNI E ASP (AZIENDA
PUBBLICA ALLA PERSONA)**

**AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN
INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA, PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI,
IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”**

D I C H I A R A

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000:

- a) il possesso dei requisiti soggettivi di legittimazione a partecipare in veste di proponente/ partner in quanto:
- Cooperativa sociale iscritta all’albo regionale delle cooperative sociali della Regione Lazio con provvedimento n. _____ del _____ alla sez. _____ tutt’ora in corso di validità;
 - Consorzio di cooperative sociali iscritto all’albo regionale delle cooperative sociali della Regione Lazio con provvedimento n. _____ del _____ alla sez. C tutt’ora in corso di validità;
- b) la propria idoneità alla sottoscrizione degli atti del presente Avviso;
- c) che il progetto presentato non forma oggetto di altri finanziamenti pubblici, nazionali e/ocomunitari;
- d) l’insussistenza, nei confronti del rappresentante legale e dei componenti degli organi di amministrazione **(di cui va allegato apposito elenco contenente le loro generalità)**, delle cause di divieto, di sospensione o di decadenza di cui all’art. 67 del D.Lgs. 6.9.2011, n. 159;
- e) l’insussistenza di carichi pendenti e/o di condanne penali a carico del rappresentante legale e dei componenti degli organi di amministrazione;
- f) che l’ente è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori;
- g) che l’ente è in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte, dirette ed indirette, ed delle tasse;
- h) che lo statuto agli atti del registro regionale è aggiornato (in alternativa si allega lo statuto aggiornato), e che le attività previste dal progetto sono coerenti con le attività statutarie;
- i) che nelle attività progettuali sarà impegnato / non sarà impegnato anche personale volontario.

Data _____

Il legale rappresentante
(timbro e firma)

ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE, BENI COMUNI E ASP (AZIENDA PUBBLICA ALLA PERSONA)

AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA, PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI, IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”

AVVERTENZE:

1. In caso di partenariato, il presente Modello B deve essere presentato, pena l’esclusione, da ogni componente il partenariato.
2. Alla presente dichiarazione va allegata la seguente documentazione:
 - elenco contenente le generalità complete dei componenti degli organi di amministrazione dell’Ente;
 - indicazione del numero di matricola inps relativo alla posizione previdenziale utilizzata per lo svolgimento delle attività progettuali;
 - indicazione della PAT inail;
 - Indicazione della partita iva/codice fiscale sulla quale vengono adempiuti i pagamenti delle imposte e tasse e la sede competente dell’Agenzia delle Entrate;
 - copia dello statuto aggiornato dell’ente qualora non sia già in possesso dell’amministrazione regionale;
 - copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, in caso di firma elettronica.

**ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE, BENI COMUNI E ASP (AZIENDA
PUBBLICA ALLA PERSONA)**

AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA, PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI, IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”

**MODELLO
C**

SCHEDA DI PROGETTO

1a.– Titolo

1b - Durata

(Indicare la durata in mesi. Massimo 12 mesi)

2– Descrizione del progetto *(Massimo due pagine)*

Per i consorzi: indicare la ripartizione puntuale delle attività tra i consorziati.

2.1. Ambito territoriale del progetto e il contesto di riferimento

2.2. Esigenze e bisogni individuati e rilevati a livello territoriale

2.3. Motivazioni e obiettivi della proposta progettuale

ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE, BENI COMUNI E ASP (AZIENDA PUBBLICA ALLA PERSONA)

AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA, PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI, IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”

2.4. Metodologie

Indicare con una X la metodologia dell’intervento proposto, nella realizzazione di quanto indicato ai punti precedenti del paragrafo 2

A) Innovative rispetto:

al contesto territoriale

alla tipologia dell’intervento

alle attività dell’ente proponente (o partners o collaborazioni, se previste).

B) pilota e sperimentali, finalizzate alla messa a punto di modelli di intervento tali da poter essere trasferiti e/o utilizzati in altri contesti territoriali.

C) di innovazione sociale, ovvero attività, servizi e modelli che soddisfano bisogni sociali (in modo più efficace delle alternative esistenti) e che allo stesso tempo creano nuove relazioni e nuove collaborazioni accrescendo le possibilità di azione per le stesse comunità di riferimento.

Specificare le caratteristiche:

.....

2.5– Attività (Massimo due pagine)

Indicare le attività da realizzare per il raggiungimento dei risultati attesi, specificando per ciascuna i contenuti, l’effettivo ambito territoriale, il collegamento con gli obiettivi specifici del progetto. In caso di partenariato, descrivere il ruolo di ciascun partner, l’esperienza maturata nel settore di riferimento e la relativa partecipazione alla realizzazione delle azioni programmate.

ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE, BENI COMUNI E ASP (AZIENDA PUBBLICA ALLA PERSONA)

AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA, PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI, IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”

2.5.1– Attività, obiettivi e ruoli

Azione	Attività	Descrizione Attività	Obiettivo della proposta progettuale	Proponente /partner/collaboratore

2.5.2- Cronogramma delle attività, redatto conformemente al modello seguente:

Attività	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

3- Risorse umane

Indicare per gruppi omogenei il numero e la tipologia di risorse umane impiegate – esclusi i volontari - per la realizzazione del progetto

	Numero	Attività che verrà svolta	Risorse interne Ente di appartenenza/Risorse esterne (specificare)
1			
2			
3			
4			
5			

4- Volontari

Indicare per gruppi omogenei il numero e la tipologia di volontari coinvolti nella realizzazione del progetto

	Numero	Attività che verrà svolta	Ente di appartenenza
1			
2			
3			
4			
5			
6			

ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE, BENI COMUNI E ASP (AZIENDA PUBBLICA ALLA PERSONA)

AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA, PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI, IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”

5- Collaborazioni

Descrivere eventuali collaborazioni con soggetti pubblici o privati, le modalità di collaborazione e le attività che verranno svolte in collaborazione nonché le finalità delle collaborazioni stesse.

5.1 Tabella Collaborazioni

	Denominazione	Attività che verrà svolta
1		
2		
3		
4		

6- Affidamento di specifiche attività a soggetti terzi (delegati)

Specificare eventuali attività affidate in tutto o in parte a soggetti terzi delegati

6.1 Tabella affidamento a soggetti terzi

	Denominazione	Attività che verrà svolta	Costi
1			
2			
3			
4			

7- Fonti di cofinanziamento

	Cofinanziatore	Azione/Attività cofinanziata	Importo
1			
2			
3			
4			

8- Risultati attesi (Massimo due pagine)

Con riferimento agli obiettivi descritti al precedente paragrafo, indicare:

- *destinatari degli interventi suddivisi in diretti e indiretti (specificando tipologia, numero e fascia anagrafica, nonché modalità per la loro individuazione);*
- *le ragioni per le quali le attività previste dovrebbero migliorarne la situazione;*
- *risultati concreti (quantificare i dati inerenti a ciascuna azione da un punto di vista qualitativo);*
- *possibili effetti moltiplicatori (descrivere le possibilità di riproducibilità e di sviluppo dell'attività di riferimento e/o nel suo complesso).*

**ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE, BENI COMUNI E ASP (AZIENDA
PUBBLICA ALLA PERSONA)**

AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA, PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI, IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”

8.1 tabella destinatari

Destinatari degli interventi (specificare)	Diretti Numero	Indiretti Numero	Modalità di individuazione
senza fissadimora			
<i>(Altro specificare)</i>			

9-Sistemi di valutazione

(Indicare, se previsti, gli strumenti di valutazione eventualmente applicati con riferimento a ciascuna attività/risultato/obiettivo del progetto)

Obiettivo specifico	Attività	Tipologia strumenti

10- Attività di comunicazione

(Indicare, se previste, le attività di comunicazione del progetto)

Descrizione dell’attività	Mezzi di comunicazione utilizzati e coinvolti	Risultati attesi	Verifiche previste, se SI’ specificare la tipologia

(Luogo e data)

Il Legale Rappresentante
(Timbro e firma)

ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE, BENI COMUNI E ASP (AZIENDA PUBBLICA ALLA PERSONA)
 AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA,
 PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI, IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”

Progetto:					
Ente Proponente :					
In partenariato con:					
MODELLO D - PIANO FINANZIARIO					
Cod Macrovoce	Cod Dettaglio Spesa	Descrizione Voce di Costo	Importi	%	su totale
A		Progettazione, segreteria, coordinamento, monitoraggio, rendicontazione di progetto (max 10% del costo complessivo di progetto)			
	A.1	Risorse Umane interne			
		a. progettazione			
		b.segreteria			
		c.coordinamento			
		d.monitoraggio			
		e.rendicontazione progetto			
	A.2	Risorse Umane esterne			
		a. progettazione			
		b.segreteria			
		c.coordinamento			
		d.monitoraggio			
		e.rendicontazione progetto			
A		Totale spese Progettazione, segreteria, coordinamento, monitoraggio, rendicontazione di progetto (max 10% del costo complessivo di progetto)			

Cod Macrovoce	Cod Dettaglio Spesa	Descrizione Voce di Costo	Importi	% su totale
B		Promozione, informazione, sensibilizzazione		
	B.1	Risorse Umane interne		
	B.2	Risorse Umane esterne		
	B.3	Acquisto beni e servizi strumentali ed accessori *		
B		Totale spese Promozione, informazione, sensibilizzazione		
C		Funzionamento e gestione del progetto		
	C.1	Risorse Umane interne		
	C.2	Risorse Umane esterne		
	C.3	Beni e servizi strumentali ed accessori *		
	C.4	Attrezzature		
	C.5	Materiale didattico		
	C.6	Fideiussione		
	C.7	Spese di viaggio, vitto e alloggio risorse umane		
	C.8	Spese di viaggio, vitto e alloggio destinatari		
	C.9	Assicurazione volontari per responsabilità civile verso terzi ,contro infortuni e malattie connesse all'attività svolta nel progetto/iniziativa		
	C.10	Assicurazione destinatari		
C		Totale spese Funzionamento e gestione del progetto		

*** Non sono riconosciute le spese relative all'acquisto di autoveicoli e beni durevoli. Le spese per gli oneri connessi all'affitto di autoveicoli e macchinari industriali e/o agricoli, possono essere ritenuti ammissibili solo strettamente funzionali alle attività progettuali e quindi all'effettiva realizzazione e durata del progetto**

Cod Macrovoce	Cod Dettaglio Spesa	Descrizione Voce di Costo	Importi	% su totale
D		Affidamento attività a soggetti esterni delegati (max 30% del costo complessivo di progetto)		
	D.1	<i>(specificare ANALITICAMENTE)</i>		
	D.2			
	D.3			
D		Totale spese affidamento attività a soggetti esterni delegati (max 30% del costo complessivo di progetto)		
E		Altre voci di costo (solo per voci non già elencate nel piano e da dettagliare ANALITICAMENTE)		
	E.1		
	E.2		
	E.3		
E		Totale spese per altre voci di costo		
TOTALE SPESE DIRETTE DI PROGETTO (A+B+C+D+E)				

Cod Macrovoce	Cod Dettaglio Spesa	Descrizione Voce di Costo	Importi	% su totale
F		Spese generali di funzionamento (max 10% del totale di progetto)		
	F.1			
	F.2			
	F.3			
F		Spese generali di funzionamento (max 10% del totale di progetto)		
TOTALE SPESE DI PROGETTO (A+B+C+D+E+F)				
			Importo	% su totale costo del progetto
G	TOTALE IMPORTO DEL FINANZIAMENTO REGIONALE RICHIESTO			
H	TOTALE IMPORTO DELL' EVENTUALE COFINANZIAMENTO			
	TOTALE PROGETTO (G+H)			
(Luogo e data)			Il Legale Rappresentante (Timbro e firma)	

ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE E ENTI LOCALI

AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA, PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI, IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”

MODELLO E

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, recante disposizioni a tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché norme relative alla libera circolazione di tali dati, si desidera comunicare che i dati personali da Lei conferiti saranno oggetto di trattamento in conformità alla normativa sopra richiamata.

A tal riguardo, si forniscono le seguenti informazioni.

a) Titolare del Trattamento dei Dati

Il Titolare del trattamento è la Giunta della Regione Lazio, con sede in Via R. Raimondi Garibaldi 7, 00145 Roma (Email: dpo@regione.lazio.it PEC: protocollo@regione.lazio.legalmail.it, centralino 06.51681).

b) Responsabile del Trattamento dei Dati

Il Responsabile del Trattamento dei Dati è la Direttrice della Direzione Regionale per l’Inclusione Sociale, con sede in Via Rosa Raimondi Garibaldi 7 Roma (Email: oguglielmino@regione.lazio.it; PEC: welfaredicomunitaeinnovazionesociale@regione.lazio.legalmail.it).

Sono responsabili del Trattamento dei Dati, ai sensi dell’art. 28, comma 4 del Regolamento (UE) 2016/679, le società/gli enti che, per conto dell’Amministrazione, forniscono servizi di supporto alla gestione elettronica/informatica dei procedimenti amministrativi e a specifiche operazioni o fasi del trattamento.

c) Modalità, finalità e base giuridica del Trattamento dei Dati

I dati personali saranno raccolti e trattati con l’ausilio di strumenti elettronici e/o con supporti cartacei ad opera di soggetti appositamente incaricati ai sensi dell’art. 29 del Regolamento (UE) 2016/679.

Il trattamento risponde all’esclusiva finalità di espletare la presente procedura e tutti gli adempimenti connessi alla realizzazione dell’intervento di cui al presente Avviso.

d) Conseguenze della mancata Comunicazione Dei Dati

L’eventuale rifiuto di prestare il consenso o comunque la mancata comunicazione dei dati da parte dell’interessato, considerate le finalità del trattamento come sopra descritte, avrà come conseguenza l’impossibilità per lo stesso di accedere al finanziamento.

e) Destinatari dei Dati

I dati saranno resi disponibili nei confronti dei Responsabili del Trattamento come sopra indicati e potranno essere comunicati ad altri destinatari, interni o esterni all’Amministrazione, per la finalità sopra descritta, nonché per le finalità di popolamento delle banche dati regionali o adempimento degli obblighi di legge.

ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, WELFARE E ENTI LOCALI

AVVISO PUBBLICO “PER L’EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN INTERVENTO DI NATURA SOCIO-SANITARIA, PRESENTATO DALLE COOPERATIVE SOCIALI O LORO CONSORZI, IN FAVORE DEI SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA”

f) Periodo di Conservazione dei Dati

I dati oggetto di trattamento saranno conservati per il periodo necessario alla definizione della presente procedura e all’espletamento di tutte le attività connesse alla realizzazione dell’intervento di cui al presente Avviso.

g) Diritti dell’interessato

L’interessato potrà esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare:

- ✓ il diritto di ottenere dal Titolare del Trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano;
- ✓ il diritto di chiedere al Titolare del Trattamento l’accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità degli stessi;
- ✓ il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca
- ✓ il diritto di proporre reclamo al garante della Privacy.

Letta l’informativa che precede,

- esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità sopra indicate
- NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità sopra indicate;

- esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali ad altri destinatari, interno o esterni all’Amministrazione, per le finalità sopra indicate.
- NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali ad altri destinatari, interno o esterni all’Amministrazione, per le finalità sopra indicate.

(Luogo e data)

Il Legale Rappresentante
(Timbro e firma)