***Allegato A***

***Fondo in memoria dei coniugi Sebastiano e Maria Foti***

***VIII Bando Diocesano promosso dalla Caritas***

Modulo per la presentazione delle domande relative ai *Progetti*

1. **ENTE PROMOTORE E GESTORE DEL PROGETTO** (curriculum dell’ente)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolo del Progetto** |  |
| **Durata numero mesi**(min 6 mesi)(max 9 mesi) |  |

1. **DESTINATARI**

Numero dei minori da raggiungere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipologia dei minori e dei destinatari indiretti (specificare se lo si ritiene opportuno).

|  |
| --- |
|  |

1. **LOCALIZZAZIONE**

|  |  |
| --- | --- |
| COMUNE |  |
| PARROCCHIA/QUARTIERE |  |

1. **REFERENTE DEL PROGETTO**

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME |  |
| RECAPITO TELEFONICO |  |
| EMAIL / PEC |  |
| INCARICO |  |
| STATO ECCLESIALE |  |

|  |
| --- |
|  |

1. **DESCRIZIONE SINTETICA DELL’IDEA PROGETTUALE, E INDICAZIONEDI EVENTUALI PARTNER COINVOLTI NEL PROGETTO**
2. **ANALISI DEL BISOGNO**

*Descrivere il contesto in cui si sviluppa il fenomeno/bisognoin riferimento al territorio, citando sinteticamente eventuali fonti di riferimento.*

|  |
| --- |
|  |

1. **OBIETTIVO GENERALE**

*Deve essere qui definito l’ampio obiettivo del Progetto. Dando una risposta concreta alle problematiche individuate precedentemente al punto 6. Tale obiettivo va indicato in termini di miglioramento, superamento, potenziamento ecc.*

|  |
| --- |
|  |

1. **OBIETTIVI SPECIFICI**

*Deve essere qui indicato ciò che concretamente si intende raggiungere durante il periodo di attuazione del Progetto.*

|  |
| --- |
|  |

1. **ATTIVITÀ PREVISTE**

**9.1**-**Attività previste per raggiungere gli obiettivi**

*Indicare in questa sezione le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi, la descrizione delle attività, la metodologia utilizzata e la temporalità delle azioni (cronogramma delle attività).*

|  |
| --- |
|  |

**9.2 -** **Precauzione previste per contenere la diffusione di contagi**

*Fornire un elenco dettagliato delle precauzioni che si intendono mettere in atto per il controllo sanitario dei volontari e dei ragazzi partecipanti necessario in caso vi sia la necessità di contenimento del contagio, ad esempio: uso di gel igienizzante per le mani, uso di prodotti per l’igienizzazione delle superfici, presenza di termometri, distanziamento, lavaggio delle mani, distribuzione di mascherine, guanti, ecc.; indicare alternative in relazione ad eventuali variazioni delle circostanze. La spesa prevista per questa voce va indicata in “Altre tipologie di spesa” in “Prospetto contabile”.*

|  |
| --- |
|  |

1. **VOLONTARI E NON VOLONTARI IMPIEGATI NEL PROGETTO**

*Elencare Cognome e Nome e indirizzo e-mail*

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e Nome | E-mail |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **RISORSE TECNICHE E STRUMENTALI NECESSARIE PER L’ATTUAZIONE DEL PROGETTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Attività Previste** | **Risorse tecniche e strumentali**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **PIANO DI MONITORAGGIO DELL’ANDAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL PROGETTO, MODALITÀ DI VERIFICA DEI RISULTATI CONSEGUITI E DELLA SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE.**

|  |
| --- |
|  |

1. **PROSPETTO CONTABILE**

|  |
| --- |
| **Consumi previsti da coprirecon la Quota di Cofinanziamento****(minimo 1/5 dell’importo richiesto)** |
| **Energia elettrica**  |  |
| **Telefono / Internet** |  |
| **Gas** |  |
| **Altro** |  |
| **Importo Totale** |  |

|  |
| --- |
| **Affitti o costi di ristrutturazione, acquisto arredi e/o attrezzature** **(max il 25% dell’importo richiesto)** |
| **Descrizione degli interventi:** |
|  |
| **Descrizione degliarredi e/o delle attrezzature:** |
| **Affitto** |  |
| **Importo Totale** |  |

|  |
| --- |
|  **Libri di testo e materiale di cancelleria** **(max il 50% dell’importo richiesto)** |
| **Descrizione:** |
|  |
| **Importo Totale** |  |

|  |
| --- |
| **Personale impiegato per il Progetto (max il 40% dell’importo richiesto)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Importo Totale** |  |

|  |
| --- |
| **Acquisto di igienizzanti e di dispositivi medici****(max il 10% dell’importo richiesto)** |
| **Descrizione:** |
|  |
| **Importo Totale** |  |

|  |
| --- |
| **TOTALE** |
| **CONSUMI E ALTRE VOCI DI SPESA** |  |
| **RISTRUTTURAZIONE, AFFITTO, ARREDI E/O ATTREZZATURE** |  |
| **LIBRI DI TESTO E CANCELLERIA** |  |
| **PERSONALE** |  |
| **IGIENIZZANTI E DISPOSITIVI MEDICI** |  |
| **Totale**  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante

 (Firma e Timbro)