**Allegato B**

**SCHEDA DI PRESENTAZIONE DELL’ATTIVITA’**

Denominazione dell’Ente che presenta l’attività

….............................................................................................................................................................................

Cognome e Nome del Legale Rappresentante

................................................................................................................................................................................

Indirizzo dell’Ente..................................................................................................................................................

Telefono ............................................................................ Fax .............................................................................

E-mail ................................................................................ P.E.C. ………………………………………..…......

Attività presentate (*è possibile selezionare solo una delle due alternative*):

* 1 unica attività relativa a un gruppo formato dalle medesime persone con frequenza settimanale
* 2 attività, ciascuna relativa a un gruppo formato dalle medesime persone (*es.: 1° gruppo formato dalle/dai signore/i A, B, C ecc.; 2° gruppo formato dalle/dai signore/i X, Y, Z ecc. – si precisa dunque che il Sig. B. del 1° gruppo non può essere presente anche nel 2° gruppo*) con frequenza almeno quindicinale.

Se è stato selezionato “1 unica attività”, indicare:

Titolo dell’attività …...........................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………….

Municipio presso il quale viene svolto il progetto: ………………………………………………………………

Nome della sede: …………………………………………………………………………………………………

Indirizzo …………………………………………………………………………………………………………..

Indicare il Municipio dal quale proviene la maggior parte delle persone con decadimento cognitivo e demenza che usufruisce del progetto:

Municipio: ……………

Se è stato selezionato “2 attività”, indicare:

Titolo della 1a attività …...........................................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………….…..

Titolo della 2a attività …...........................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………....

Municipio presso il quale viene svolto il progetto: ………………………………………………………………

Nome della sede: …………………………………………………………………………………………………

Indirizzo …………………………………………………………………………………………………………..

Indicare il Municipio dal quale proviene la maggior parte delle persone con decadimento cognitivo e demenza che usufruisce del progetto:

Municipio: ……………

Consapevole degli effetti e delle responsabilità di cui al DPR 445/2000, il sottoscritto Legale Rappresentante

**Dichiara**

Numero mesi di esperienza maturata dall’Ente nella gestione di attività analoghe superiori rispetto a quelli minimi richiesti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DESCRIZIONE ATTIVITA’ GESTIONALE**

***Attenzione: in caso di presentazione di 2 attività, compilare una Scheda per ognuna***

Titolo dell’attività ………………………………………………………………………………………………

**a. Interventi psicosociali rivolti alle persone con decadimento cognitivo e demenza**

a.1 Indicare la durata di ciascun incontro: ………. minuti

a.2 Indicare gli obiettivi

(max 15 righe in carattere Times New Roman 11)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a.3 Indicare tecniche e metodi, ossia le modalità di svolgimento dell’intervento ai fini del raggiungimento degli obiettivi, con particolare attenzione - nel caso di gruppi eterogenei per grado di decadimento cognitivo - a descrivere le tecniche utilizzate motivandone la loro validità nel trattare tale platea “mista”:

(max 15 righe in carattere Times New Roman 11)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a.4 Indicare il numero di persone con decadimento cognitivo coinvolte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a.5 Indicare:

|  |  |
| --- | --- |
| Periodo dedicato | Monte ore dedicato nel periodo |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

a.6 Utilizzo di scale/questionari di valutazione del beneficio apportato dall’attività in base agli obiettivi

(max 10 righe in carattere Times New Roman 11)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**b. Eventuali interventi rivolti ai caregiver delle persone con decadimento cognitivo e demenza a cui sono rivolti gli interventi psicosociali descritti al punto a.**

b.1 Indicare la durata di ciascun incontro: ……….. minuti

b.2 Indicare gli obiettivi

(max 15 righe in carattere Times New Roman 11)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b.3 Indicare tecniche e metodi, ossia le modalità di svolgimento dell’intervento ai fini del raggiungimento degli obiettivi

(max 15 righe in carattere Times New Roman 11)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b.4 Indicare il numero di caregiver coinvolti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b.5 Indicare:

|  |  |
| --- | --- |
| Periodo dedicato | Monte ore dedicato nel periodo |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

b.6 Utilizzo di scale/questionari di valutazione del beneficio apportato dall’attività in base agli obiettivi

(max 10 righe in carattere Times New Roman 11)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NUMERO E TIPOLOGIE DI OPERATORI PROFESSIONALI/VOLONTARI DEDICATI ALL’ATTIVITA’**

*Utilizzare per le risorse umane lo schema seguente:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Professione e Ruolo** | **Titolo di studio ed eventuale ulteriore formazione**  | **Tipo di contratto/rapporto con l’Ente** | **Monte ore dedicato al progetto** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**COSTO COMPLESSIVO DELL’ATTIVITA’ IN CORSO, ANALITICAMENTE SUDDIVISO PER VOCE**

*Descrivere il finanziamento richiesto in maniera analitica per unità di costo (i costi devono essere esposti nella tabella corrispondente comprensivi di IVA se dovuta; in tal caso indicare anche l’aliquota)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipologia di Spesa** | **Costo Complessivo** |
| Spese per personale retribuito e/o spese per rimborso volontari |  |
| Spese per gestione attività (comprese spese a supporto degli interventi da remoto) |  |
| Spese per strumentazione d’ufficio e/o materiale informatico e/o utenze |  |
| Spese per affitto dei locali ove si svolge il progetto |  |
| *Totale* |  |

* Si dichiara che il costo dell’attività presentata è coperto parzialmente, da altri fonti di finanziamento:

 SI’ 🞏 NO 🞏

Se SI’, indicare la fonte di finanziamento (Enti, utenti, ecc. ……………………………………………

Importo totale €……………………………………….

* Si dichiara pertanto che il disavanzo tra le spese e le entrate afferente alle attività di cui alla presente istanza ammonta a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Si dichiara che le attività rispettano la normativa vigente (ad esempio in materia di idoneità dei locali dove sono svolte le attività e di regolarità dei rapporti di lavoro).

Indicare, sotto la propria responsabilità, se l’Ente utilizza locali di proprietà del Comune

🞏 Non utilizza locali di proprietà del Comune

🞏 Utilizza i seguenti locali di proprietà del Comune:

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

Data ……………………….

FIRMA E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

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