**ALLEGATO C**

**PROPOSTA TECNICA**

**OGGETTO: Avviso Pubblico prot. 77/2022 del 27/05/2022 - Affidamento di servizio di “Sperimentazione di servizi di prossimità solidale nelle aree interne delle province di Torino (Lotto 1) e Cuneo (Lotto 2)” nell’ambito del progetto INTERREG V-A ALCOTRA - PITEM PRO-SOL - Progetto Singolo n.4298 We-Pro - CUP J84B17000150004**

**SEZIONE 1 - ANAGRAFICA**

|  |  |
| --- | --- |
| CAPOFILA o SOGGETTO PROPONENTE | |
| DENOMINAZIONE |  |
| P.IVA /CODICE FISCALE |  |
| FORMA GIURIDICA DELL’ENTE |  |
| BREVE DESCRIZIONE DELL’ ENTE  *(max. 500 caratteri spazi inclusi)* |  |
| INDIRIZZO SEDE LEGALE |  |
| INDIRIZZO SEDE OPERATIVA |  |
| RAPPRESENTANTE LEGALE |  |
| NOME REFERENTE |  |
| CONTATTI |  |
| Telefono |  |
| Email |  |
| Esperienze, attività e servizi erogati nell’ambito del welfare territoriale e dei servizi di prossimità  *(max. 1000 caratteri spazi inclusi)* |  |
| Interazioni e collaborazioni con altri progetti di prossimità sociale e welfare territoriale  *(max. 1000 caratteri spazi inclusi)* |  |
| Interazioni e collaborazioni con enti privati, pubblici, del terzo settore, stakeholders  *(max. 1000 caratteri spazi inclusi)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| SONO PRESENTI PARTNER CHE COLLABORANO ALLA OPERAZIONE?  SI 🞏  NO 🞏  Se la risposta è SI: COMPILARE LA PARTE SEGUENTE  Se la risposta è NO : PASSARE ALLA SEZIONE 2 – DESCRIZIONE DEL PROGETTO | |
| DESCRIZIONE del PARTENARIATO  *(max. 1000 caratteri spazi inclusi)* |  |
| COORDINATORE del PARTENARIATO: |  |
| RESPONSABILE AMMINISTRATIVO DEL PARTENARIATO: |  |
| **ANAGRAFICA PARTNERS** | |
| PARTNER 1 | |
| DENOMINAZIONE |  |
| P.IVA /CODICE FISCALE |  |
| FORMA GIURIDICA DELL’ENTE |  |
| BREVE DESCRIZIONE DELL’ ENTE  *(max. 500 caratteri spazi inclusi)* |  |
| INDIRIZZO SEDE LEGALE |  |
| INDIRIZZO SEDE OPERATIVA |  |
| RAPPRESENTANTE LEGALE |  |
| NOME REFERENTE |  |
| CONTATTI |  |
| Telefono |  |
| Email |  |
| Esperienze, attività e servizi erogati nell’ambito del welfare territoriale e dei servizi di prossimità  *(max. 1000 caratteri spazi inclusi)* |  |
| Interazioni e collaborazioni con altri progetti di prossimità sociale e welfare territoriale  *(max. 1000 caratteri spazi inclusi)* |  |
| Interazioni e collaborazioni con enti privati, pubblici, del terzo settore, stakeholders  *(max. 1000 caratteri spazi inclusi)* |  |
|  |  |
| ANAGRAFICA: PARTNER 2 | |
| DENOMINAZIONE |  |
| P.IVA /CODICE FISCALE |  |
| FORMA GIURIDICA DELL’ENTE |  |
| BREVE DESCRIZIONE DELL’ ENTE (max. 500 caratteri spazi inclusi) |  |
| INDIRIZZO SEDE LEGALE |  |
| INDIRIZZO SEDE OPERATIVA |  |
| RAPPRESENTANTE LEGALE |  |
| NOME REFERENTE |  |
| CONTATTI |  |
| Telefono |  |
| Email |  |
| Esperienze, attività e servizi erogati nell’ambito del welfare territoriale e dei servizi di prossimità  *(max. 1000 caratteri spazi inclusi)* |  |
| Interazioni e collaborazioni con altri progetti di prossimità sociale e welfare territoriale  *(max. 1000 caratteri spazi inclusi)* |  |
| Interazioni e collaborazioni con enti privati, pubblici, del terzo settore, stakeholders  *(max. 1000 caratteri spazi inclusi)* |  |

**Nota: aggiungere eventuali sezioni con lo stesso schema per ulteriori partners**

**SEZIONE 2 – DESCRIZIONE DEL PROGETTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **TITOLO** |  |
| **MOTIVAZIONE DELL’INIZIATIVA**  *(max. 1000 caratteri spazi inclusi)* |  |
| **DESCRIZIONE DEL SERVIZIO E DELLE ATTIVITA’ PREVISTE**  *(max. 1000 caratteri spazi inclusi)* |  |
| **OBIETTIVI**  *(max. 1000 caratteri spazi inclusi)* |  |
| **RISULTATI ATTESI e RICADUTE sul TERRITORIO**  *(max. 1000 caratteri spazi inclusi)* |  |
| **ASPETTI INNOVATIVI DELL’INIZIATIVA**  *(max. 1000 caratteri spazi inclusi)* |  |
| **COMUNI IN CUI SARA’ REALIZZATA L’INIZIATIVA**  (vedi allegato E) |  |
| **TEMPI DI SVOLGIMENTO** |  |
| *Data di inizio delle attività* |  |
| *Data di conclusione delle attività* |  |
| **DESCRIZIONE delle COMPETENZE del PERSONALE COINVOLTO** (interno ed esterno) rispetto agli obiettivi di progetto  *(max.1000 caratteri spazi inclusi)* |  |
| **DESTINATARI** |  |
| Descrizione dei beneficiari diretti (vedi punto “Beneficiari” del Bando)  *(max.1000 caratteri spazi inclusi)* |  |
| Beneficiari indiretti  *(max. 500 caratteri spazi inclusi)* |  |
| **Modalità di monitoraggio e verifica del servizio**  *(max. 500 caratteri spazi inclusi)* |  |
| **INDICATORI DI REALIZZAZIONE** |  |
| *Indicatori qualitativi* |  |
| *Indicatori quantitativi* |  |

**SEZIONE 3 – BUGDET DEL PROGETTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPOLOGIA DI SPESA**  **(Rif. 1.5 del presente bando)** | **COSTI** |
| **Costi di personale interno** | **EUR:** |
| *Descrizione di dettaglio*  *(max 500 caratteri)* |  |
| **Consulenze esterne** | **EUR:** |
| *Descrizione di dettaglio*  *(max 500 caratteri)* |  |
| **Attrezzature e materiali di consumo**  **(Massimo 30% di spesa sul budget totale)** | **EUR:** |
| *Descrizione di dettaglio*  *(max 500 caratteri)* |  |
| **Costi per fornitura di servizi esterni**  **(Massimo 30% di spesa sul budget totale)** | **EUR:** |
| *Descrizione di dettaglio*  *(max 500 caratteri)* |  |
| **TOTALE (escluso iva)** | **EUR:** |

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il/i soggetto/i proponente/i**

Impresa singola o Mandataria/Capogruppo (Timbro e firma del legale rappresentante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mandante (Timbro e firma del legale rappresentante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Mandante (Timbro e firma del legale rappresentante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**In allegato alla presente copia fotostatica del documento dì identità personale di tutti i firmatari non autenticato e in corso di validità giusto il disposto dell'art. 21 e art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000.**