



**REGIONE
PUGLIA**



“Progetto realizzato a valere su Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza”

ALLEGATO F_Avviso pubblico finalizzato a sperimentare una procedura di co-progettazione per la realizzazione di progetti di “servizi sociali di supporto in favore delle persone con disabilità, nonché anziane non autosufficienti e delle loro famiglie” ai sensi dell’art. 1, comma 162, lett. c) L. 234/2021 – a valere sul Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza - e successiva eventuale stipula di convenzione ai sensi dell’art. 55 del D.Lgs. 117/2017 CUP D29I26000270002.

DENOMINAZIONE/TITOLO DEL PROGETTO
ATTIVITA’ PROMOSSA DA: (tipologia di Ente, denominazione e contatti del soggetto promotore)
ANALISI DEL CONTESTO E DEI BISOGNI DELL’UTENZA DESTINATARIA DEL SERVIZIO.
DESCRIVERE LE MODALITÀ OPERATIVE E GESTIONALI DEGLI INTERVENTI E DELLE ATTIVITÀ (strategie rispetto alle specificità del contesto, modalità e tempi di realizzazione previsti; sostenibilità futura, articolazione dell’attività (giorni e orari); modalità di valutazione del valore/impatto sociale prodotto)



**REGIONE
PUGLIA**



“Progetto realizzato a valere su Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza”

AMBIENTI/LUOGHI PRESSO CUI SI SVOLGE L'ATTIVITÀ				
NUMERO DI DESTINATARI FINALI (50% persone con disabilità e loro famiglie, 50% anziani non autosufficienti e loro famiglie) E MODALITA' DI INDIVIDUAZIONE				
COMPETENZE ED ESPERIENZA DEL SOGGETTO ATTUATORE IN ATTIVITÀ ANALOGHE (riportare in maniera dettagliata gli anni di esperienza e i servizi specifici svolti)				
DESCRIZIONE SPECIFICANDO OPERATORE/DESTINATARI	QUALI-QUANTITATIVA NOMINATIVI,	DEL RUOLI,	PERSONALE RAPPORTO	IMPIEGATO, NUMERICO



**REGIONE
PUGLIA**



“Progetto realizzato a valere su Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza”

<p>RETI FORMALI E INFORMALI A SUPPORTO.</p> <p>Indicare la rete di partenariato di soggetti (partner che dichiarano con attestazione a cura del legale rappresentante di offrire collaborazione), che è in grado di attivare con la specificazione dell'attività offerta a supporto. Eventuali accordi/partnership/convenzioni che si intende segnalare (già in essere e funzionali allo svolgimento delle attività di progetto)</p>
<p>COORDINATORE ATTIVITA' E SUPERVISIONE (nome, cognome e contatti)</p>

Firma Legale Rappresentante



**REGIONE
PUGLIA**



“Progetto realizzato a valere su Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza”