**   **

All.3

**I.T.I.A. Intese Territoriali di Inclusione Attiva**

**AVVISO PUBBLICO**

**PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATO ALL’INDIVIDUAZIONE DEL PARTENARIATO per la presentazione del progetto dell’Ambito N29 a valere sulle risorse assegnate dalla Regione Campania con D.D. n. 191 del 22/06/2018, relative alla realizzazione delle Intese Territoriali di Inclusione Attiva (I.T.I.A.) a valere sul POR Campania FSE 2014 - 2020, Asse II Inclusione Sociale (OT 9) Obiettivi Specifici 6 (R.A. 9.1) e 7 (R.A. 9.2).**

**FORMULARIO**

**TITOLO DEL PROGETTO**

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

**SOGGETTI BENEFICIARI**

(*Indicare la tipologia di soggetto*)

­­­­­­

**Compilare la parte di azione per la quale si intende realizzare la proposta progettuale**

**1. Terzo settore** (*Ai sensi del D.lgs 3 luglio 2017, n. 117 “ Codice del Terzo Settore”, art. 3 dell’Avviso*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominazione |  | |
| Natura giuridica |  | |
| Indirizzo sede legale |  | |
| Indirizzo sede operativa | Via e n. civico |  |
| Città |  |
| CAP |  |
| Telefono sede operativa |  | |
| Indirizzo PEC |  | |
| Codice Fiscale/ Partita IVA |  | |
| Cognome e nome del Legale Rappresentante |  | |
| Numero iscrizione al vigente registro regionale o nazionale di riferimento. | Registro nazionale n.  Registro regionale n. | |

**2. Soggetto promotore dei tirocini** (*Ai sensi dell’art. 25, Reg. regionale 2 aprile 2010, n. 9 e ss.mm.ii., art.3 dell’Avviso*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominazione |  | |
| Natura giuridica |  | |
| Indirizzo sede legale |  | |
| Indirizzo sede operativa | Via e n. civico |  |
| Città |  |
| CAP |  |
| Telefono sede operativa |  | |
| Indirizzo PEC |  | |
| Codice Fiscale/ Partita IVA |  | |
| Cognome e nome del Legale Rappresentante |  | |

**3. Soggetto erogatore dei servizi di empowerment: percorsi formativi e/o servizi di sostegno orientativo** (*accreditato ai sensi della DGR n. 242/2013 e ss.mm.ii.*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominazione |  | |
| Natura giuridica |  | |
| Indirizzo sede legale |  | |
| Indirizzo sede operativa | Via e n. civico |  |
| Città |  |
| CAP |  |
| Telefono sede operativa |  | |
| Indirizzo PEC |  | |
| Codice Fiscale/ Partita IVA |  | |
| Cognome e nome del Legale Rappresentante |  | |
| Codice di accreditamento (barrare la tipologia di accreditamento) | **□** percorsi formativi, rif. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ servizi di sostegno orientativo, rif. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**QUALITA’ DELLA PROPOSTA PROGETTUALE**

**Compilare la parte di azione per la quale si intende realizzare la proposta progettuale**

Descrivere dettagliatamente l’Azione A) *Servizi di supporto alle famiglie*, le attività che si intendono realizzare (sostegno alla genitorialità e/o servizi di educativa territoriale e domiciliare e/o attività di tutoring specialistico e/o altri servizi di supporto all’inclusione) e la sede in cui si intende realizzarle, le caratteristiche e il numero stimato dei destinatari, la durata, specificando l’obiettivo strategico sotteso e i risultati attesi, le modalità di organizzazione, il numero e la tipologia delle risorse umane, strumentali e metodologiche utilizzate; descrivere dettagliatamente l’esperienza pregressa nell’ultimo triennio (2015, 2016, 2017) in coerenza con l’azione.

|  |
| --- |
|  |

Descrivere l’Azione B) *Percorsi di empowerment*, dettagliando con riferimento ai *Percorsi formativi e/o ai Servizi di sostegno orientativo* (I e II livello) le attività che si intendono realizzare e la sede in cui si intende realizzarle le caratteristiche e il numero stimato dei destinatari, la durata, specificando l’obiettivo strategico sotteso e i risultati attesi, le modalità di organizzazione, il numero e la tipologia delle risorse umane, strumentali e metodologiche, nel rispetto della normativa di riferimento. (*c.f.r. DGR. n. 242/2013 e ss.mm.ii., DGR.n.223/2014, DGR. n. 314/2016, DGR. n. 808/2015*); descrivere dettagliatamente l’esperienza pregressa nell’ultimo triennio (2015, 2016, 2017) in coerenza con l’azione.

|  |
| --- |
|  |

Descrivere dettagliatamente, con riferimento all’Azione C*) Tirocini di Inclusione Sociale, rivolti alle persone svantaggiate maggiormente vulnerabili* ( *tossicodipendenti, alcolisti, vittime di violenza ecc…*), le attività che si intendono realizzare e la sede in cui si intende realizzarle, le caratteristiche e il numero stimato dei destinatari, le modalità di individuazione degli stessi, la durata, specificando l’obiettivo strategico sotteso e i risultati attesi, le modalità di organizzazione, il numero e la tipologia delle risorse umane, strumentali e metodologiche nel rispetto della normativa di riferimento (c.f.r Linee guida approvate in sede di Conferenza Stato Regioni, di cui all’Accordo rep. 7 del 22 gennaio 2015, recepite dalla Regione Campania con D.G.R. n. 103 del 20/02/2018, di modifica del Regolamento regionale 2 aprile 2010, n9); descrivere dettagliatamente l’esperienza pregressa nell’ultimo triennio (2015, 2016, 2017) in coerenza con l’azione.

|  |
| --- |
|  |

Descrivere dettagliatamente, con riferimento ai percorsi di Tirocini rivolti alle persone con disabilità, la sede in cui si intende realizzare i tirocini, le caratteristiche e il numero stimato dei destinatari, le modalità di individuazione degli stessi, la durata specificando l’obiettivo strategico sotteso e i risultati attesi, le modalità di organizzazione, il numero e la tipologia delle risorse umane, strumentali e metodologiche, nel rispetto della normativa di riferimento (c.f.r Linee guida approvate in sede di Conferenza Stato Regioni, di cui all’Accordo rep. 7 del 22 gennaio 2015, recepite dalla Regione Campania con D.G.R. n. 103 del 20/02/2018, di modifica del Regolamento regionale 2 aprile 2010, n9); descrivere dettagliatamente l’esperienza pregressa nell’ultimo triennio (2015, 2016, 2017) in coerenza con l’azione.

|  |
| --- |
|  |

Descrivere la strategia di comunicazione e sensibilizzazione, gli strumenti e le modalità che si intendono utilizzare per promuovere le attività previste e coinvolgere i destinatari delle stesse

|  |
| --- |
|  |

Descrivere il piano di monitoraggio e valutazione, con particolare riferimento all’attuazione delle singole attività e al raggiungimento degli obiettivi previsti

|  |
| --- |
|  |

Descrivere le potenzialità dell’intervento in coerenza con i principi di non discriminazione e pari opportunità, nonché di sviluppo sostenibile

|  |
| --- |
|  |

**EFFICACIA POTENZIALE E SOSTENIBILITA’**

Descrivere gli aspetti innovativi della proposta in termini di strumenti, metodologie e strategie di intervento

|  |
| --- |
|  |

Descrivere il contesto territoriale di riferimento, specificando come l’intervento risponda ai bisogni rilevati

|  |
| --- |
|  |

**CRONOPROGRAMMA** Indicare la *durata in mesi* dell’intervento, descrivendo l’articolazione temporale delle diverse attività, anche in parallelo (riportare la sintesi nella tabella sottostante)

|  |
| --- |
|  |

**Tabella di sintesi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MESE** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **22** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Azione A)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Attività ….* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Azione B)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Attività ….* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Azione C)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Attività ….* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PIANO DEI COSTI**

Compilare il Piano dei Costi in coerenza con le attività progettate e nel rispetto di quanto stabilito dalle Linee Guida dei Beneficiari, allegate al Manuale delle procedure di gestione del POR Campania FSE 2014-2010, approvato con D.D. n. 148 del 30/12/2016 e ss.mm.ii., disponibile sul sito della Regione Campania [http://www.regione.campania.it](http://www.regione.campania.it/)

Il Piano dei Costi del progetto comprende le voci di spesa relative alle attività che si decide di realizzare, nell’ambito del Centro Territoriale di Inclusione, con riferimento alle tre azioni previste:

* Azione A) *Servizi di supporto alle famiglie (Azione 9.1.2);*
* *Azione B) Percorsi di empowerment (Azione 9.1.3);*
* *Azione C) Tirocini finalizzati all’inclusione sociale (Azioni 9.1.3, 9.2.1, 9.2.2).*

**Costo Azione A) Servizi di supporto alle famiglie €.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A – Costo Totale = B (Costi Diretti) + C (Costi Indiretti) | | | | |  | |
| B - Costi Diretti | | | | | | |
|  | *Macrovoce* | *Voce* | | *Descrizione* | | *Importo* |
|  |  |  |  |  | |  |
| B1 | Preparazione |  |  | Indagine preliminare di mercato (*massimo il 3% del costo totale richiesto per i Servizi di supporto alle famiglie)* | |  |
|  |  |  |  | Ideazione e progettazione *(massimo il 4% del costo totale richiesto per i Servizi di supporto alle famiglie)* | |  |
|  |  |  |  | Pubblicizzazione e promozione del progetto | |  |
|  |  |  |  | Formazione del personale | |  |
|  |  |  |  | Fideiussioni/Cauzioni | |  |
|  |  |  |  | Spese di costituzione ATI/ATS | |  |
|  |  |  |  | *Altro (può essere specificata una singola voce di costo che non sia già prevista dal Piano)* | |  |
|  |  |  |  | Totale Preparazione | |  |
| B2 | Realizzazione |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | Personale Interno | |  |
|  |  |  |  | Collaboratori Esterni | |  |
|  |  |  |  | Spese di viaggio, trasferte, rimborsi personale | |  |
|  |  |  |  | Materiale di consumo per il progetto | |  |
|  |  |  |  | Fornitura per ufficio e cancelleria | |  |
|  |  |  |  | Utilizzo locali e attrezzature per l'attività programmata | |  |
|  |  |  |  | Spese per assicurazioni | |  |
|  |  |  |  | *Altro (può essere specificata una singola voce di costo che non sia già prevista dal Piano)…………………………….* | |  |
|  |  |  |  | Totale realizzazione | |  |
| B3 | Diffusione dei risultati |  |  | Elaborazione report relativi all'azione | |  |
|  |  |  |  | Incontri e seminari | |  |
|  |  |  |  | Pubblicazione risultati | |  |
|  |  |  |  | *Altro (può essere specificata una singola voce di costo che non sia già prevista dal Piano)…………………………….* | |  |
|  |  |  |  | Totale diffusione dei risultati | |  |
| B4 | Direzione e valutazione |  |  | Direzione del progetto *(massimo il 7% del costo totale richiesto per i Servizi di supporto alle famiglie)* | |  |
|  |  |  |  | Coordinamento del progetto *(massimo il 15% del costo totale richiesto per i Servizi di supporto alle famiglie)* | |  |
|  |  |  |  | Valutazione del progetto | |  |
|  |  |  |  | Comitato Tecnico | |  |
|  |  |  |  | Attività di Amministrazione | |  |
|  |  |  |  | Segreteria tecnica organizzativa | |  |
|  |  |  |  | Monitoraggio fisico-finanziario e rendicontazione | |  |
|  |  |  |  | *Altro (può essere specificata una singola voce di costo che non sia già prevista dal Piano)…………………………….* | |  |
|  |  |  |  | Totale direzione e controllo interno | |  |
| Totale Costi Diretti (B1 + B2 +B3 +B4) | | | | | |  |
| Totale Costi Diretti del personale  Il totale del personale è pari alla sommatoria dei costi riferiti alle seguenti voci di costo, nell’ambito delle macrovoci B1, B2, B3 e B4:  *B1: Indagine preliminare di mercato, Ideazione e progettazione, Formazione del personale*  *B2: Personale interno, Collaboratori esterni*  *B3: Elaborazione report relativi all’azione*  *B4: Direzione del progetto, Coordinamento del progetto, Valutazione del progetto, Comitato Tecnico, Attività di Amministrazione, Segreteria tecnica organizzativa, Monitoraggio fisico-finanziario e rendicontazione* | | | | | |  |
| C - Totale Costi Indiretti  (Max 15% del totale dei costi diretti del personale previsti nella macrovoce B)  *I soli costi indiretti sono calcolati su base forfettaria, in conformità all’art. 68, lettera b del Reg. (UE) n. 1303/2013, fino ad un massimo pari al 15% del totale dei costi diretti del personale previsti nella macrovoce B. Tra tali costi si comprendono di norma le spese per cui è difficile determinare esattamente l’importo attribuibile a un’attività specifica come le spese amministrative e/o per il personale (per es: costi per il contabile o il personale di pulizia; utenze ecc.)* | | | | | |  |

**Costo Azione B) Percorsi di empowerment/ Percorsi formativi €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Modalità di applicazione delle UCS a processo, determinato come da tabella standard di costi unitari sottostante, di cui all’art. 12 dell’Avviso)*

Indicare, per ciascuna tipologia di percorso formativo che si intende attivare, la denominazione, il numero dei destinatari, il numero delle ore ed il costo relativo. Il costo di ciascun percorso formativo è determinato sulla base della seguente formula: € 117,00 (UCS ora corso riferito alla fascia di docenza B) x n. totale ore corso + €. 0.80 (UCS ora allievo) x monte ore totale di presenza allievi + indennità allievi (€. 8,15 x monte ore totale di presenza allievi, da rendicontare a costi reali)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominazione del | | N | N ore | | Costo α) | | Costo indennità | | | Costo totale per | |
| percorso formativo | | destinatari |  | | € 117,00 x n. | | allievi β) | | | ciascun | |
|  | |  |  | | totale ore corso + | | (€. 8,15 x n | | | percorso | |
|  | |  |  | | (€. 0.80 x n | | destinatari x n. | | | formativo | |
|  | |  |  | | destinatari x n. | | totale ore corso) | | | α) + β) | |
|  | |  |  | | totale ore corso) | |  | | |  | |
| …..……. | |  |  | | €. | | €. | | | €. | |
|  | |  |  | |  | |  | | |  | |
| …..……. |  | | |  | | €. | | €. |  | | €. | |
|  |  | | |  | |  | |  |  | |  | |
| Costo totale Percorsi formativi | | | | | | €. | | €. |  | | €. | |
|  | | | | | |  | |  |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Costo Azione B) Percorsi di empowerment/ Servizi di sostegno orientativo**€.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |  | |  |
|  | | | | |  | |  |



(*Modalità di applicazione delle UCS a processo, UCS riferita ad 1 ora di prestazione, modalità di erogazioneindividualizzata in presenza del destinatario; prestazione erogata sulla base del rapporto 1 operatore per 1 destinatario, come da tabella standard di costi unitari sottostante,di cui all’art. 12 dell’Avviso)*

Indicare, per ciascuna tipologia del/i servizio/i che si intende attivare, il numero di operatori coinvolti, il numero di destinatari, il numero di ore previste ed il costo relativo. Il costo di ciascun servizio è determinato sulla base della seguente formula: UCS ora/ prestazione individuale x n. totale ore di prestazione erogate.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipologia di servizio  *(compilare per una o entrambe le tipologie)* | N operatori | N destinatari | UCS | Totale  ore erogate | Costo totale  (UCS x n. totale ore) |
| Sostegno orientativo I livello - max 2 h per destinatario (presa in carico, colloquio individuale, profiling, consulenza orientativa) |  |  | €. 34,00 |  | €. |
| Sostegno orientativo II livello - max 4 h per destinatario (orientamento specialistico, percorsi di facilitazione, consulenza specialistica) |  |  | €. 35,50 |  | €. |
| Costo totale Sostegno orientativo | | | | | €. |

**Costo Azione C) Tirocini di inclusione sociale €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Modalità di applicazione delle UCS a processo, determinato come da tabella standard di costi unitari, di cuiall’art. 12 dell’Avviso)*

Il costo complessivo dei tirocini è pari alla somma dei costi di promozione più l’indennità riconosciuta ai destinatari. L’importo riconosciuto all’ente promotore è determinato dal prodotto tra il numero di tirocinanti per il valore dell’UCS, pari a €. 500,00, assumendo come riferimento la fascia di profilatura dei destinatari “molto alta”, in ragione del livello di svantaggio degli stessi. Il costo dell’indennità riconosciuta a ciascun tirocinante è pari a €. 500,00 x 24 mesi di tirocinio ed è rendicontata a costi reali.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numero | Costo Promozione α) | Totale indennità destinatari β) | Costo totale |
| destinatari | (€.500,00 x n. destinatari) | (€.500,00 x n. destinatari x 24 mesi) | α) + β) |
|  |  |  |  |
|  | €. | €. | €. |
|  |  |  |  |
| Numero  destinatari  con disabilità | Costo Promozione α)  (€.500,00 x n. destinatari) | Totale indennità destinatari β)  (€.500,00 x n. destinatari x 24 mesi) | Costo totale  α) + β) |
|  | €. | €. | €. |
|  |  |  |  |
|  | Costo totale Azione C) Tirocini di inclusione | | €. |

**Costo totale del progetto distinto per azione**

|  |  |
| --- | --- |
| Costo totale Azione A) | €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Costo totale Azione B) | €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Costo totale Azione C) | €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| **Costo Totale progetto** | €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

*Data*

*Firma del legale rappresentante*

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