

**SOGGETTO PROPONENTE:**

INDIRIZZO EMAIL:

3. Organizzazione di servizi per l'inclusione



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
Direzionale Generale Per le Politiche Sociali e Socio Sanitarie

Formulario di progetto Allegato C

1. Obiettivo specifico:

2. Obiettivo specifico:

DESCRIVERE LE AZIONI PREVISTE AFFERENTI ALLA TIPOLOGIA 1: Organizzazione di servizi di sostegno realizzati complementari alle attività del Centro Sociale Polifunzionale sito nel Comune
di

(indicando i contenuti, gli strumenti e le metodologie previste, la tipologia di attività previste ed esplicitando la valenza di queste ultime all'interno del processo di sviluppo o recupero delle autonomie personali. Dovrà essere indicato, altresì, orientativamente quante persone con disabilità saranno coinvolte nelle attività previste e gli eventuali partner del terzo settore coinvolti nonché il ruolo di questi ultimi all'interno delle attività progettuali – è possibile aggiungere righe al format secondo necessità)

Azione 1.1 _____

Azione 1.2 _____

Azione 1.3 _____



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
Direzionale Generale Per le Politiche Sociali e Socio Sanitarie

Formulario di progetto Allegato C

DESCRIVERE LE AZIONI PREVISTE AFFERENTI ALLA TIPOLOGIA 2: Organizzazione di servizi per l'inclusione lavorativa

(indicando il numero orientativo di percorsi di empowerment/ tirocini di inserimento o reinserimento lavorativo si intende attivare e quindi il numero di persone con disabilità coinvolte; descrivere l'articolazione dei percorsi di empowerment, la tipologia dei percorsi formativi, l'indennità di partecipazione prevista e le modalità di realizzazione degli stessi. Sarà necessario altresì indicare gli eventuali partner del terzo settore coinvolti nonché il ruolo di questi ultimi all'interno delle attività progettuali - è possibile aggiungere righe al format secondo necessità)

Azione 2.1
Azione 2.2
Azione 2.3

DESCRIVERE LE AZIONI PREVISTE AFFERENTI ALLA TIPOLOGIA 3: Organizzazione di servizi per l'inclusione sportiva

(indicando le azioni previste, gli strumenti necessari per attivarli, le società sportive dilettantistiche del proprio territorio coinvolte, il numero di persone con disabilità che orientativamente saranno coinvolte nei servizi previsti- è possibile aggiungere righe al format secondo necessità)

Azione 3.1
Azione 3.2
Azione 3.3



N.B. Non è necessario che ciascuna proposta progettuale contenga tutte le tipologie di interventi previsti. Ciascuna proposta progettuale potrà prevedere attività afferenti ad una o più tipologie di intervento, così come sopra descritte, se funzionalmente collegate.

(Ciascuna proposta progettuale può prevedere riqualificazione delle sedi o ampliamento delle attività dei centri diurni polifunzionali per persone con disabilità, funzionali ai servizi delle sopraindicate tipologie. Sarà quindi possibile prevedere attività a tal scopo finalizzate e solo se, all'interno della proposta progettuale, sarà prevista almeno una delle suddette tipologie di intervento- è possibile aggiungere righe al format secondo necessità)

[illegible]

(Indicare la durata dell'intervento, descrivendo l'articolazione temporale delle singole azioni previste afferenti a ciascuna delle tipologie di intervento che si intende attuare all'interno della proposta progettuale presentata). Ciascuna progettualità potrà prendere avvio entro n.6 mesi dall'approvazione del progetto e può avere durata massima di 18 mesi. All'interno del format dovrà essere indicata l'azione prevista mediante la numerazione dei format precedenti (1.1, 1.2, 1.3 ecc) e dovranno essere barrati /anneriti i mesi nei quali si prevedono attività relative a ciascuna azione indicata. È possibile aggiungere righe al format secondo necessità.



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
Direzionale Generale Per le Politiche Sociali e Socio Sanitarie

Formulario di progetto Allegato C

MESE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Cod. Azione (1.1)																		
Cod. Azione (1.2ecc)																		
Cod. Azione (1.3 ecc)																		



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
Direzionale Generale Per le Politiche Sociali e Socio Sanitarie

Formulario di progetto Allegato C

Luogo e Data

Firma e timbro del legale rappresentante