



Allegato 2

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA DISPONIBILITÀ ALL'ACCOGLIENZA IN UNITÀ ABITATIVE INDIPENDENTI
DEI DESTINATARI DEGLI INTERVENTI DI CUI AL "PROGRAMMA DI INTERVENTO DELLA CASSA DELLE
AMMENDE PER FRONTEGGIARE L'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID- 19 NEGLI ISTITUTI
PENITENZIARI", DA PARTE DI ENTI DEL TERZO SETTORE AI SENSI DEL D.LGS. 117/17
(D.G.R. n 259 del 26/05/2020)**

SCHEMA DI PROPOSTA PROGETTUALE

TITOLO DEL PROGETTO

A. SOGGETTO PROPONENTE

<input type="checkbox"/> Soggetto del Terzo Settore, di cui all'art. 4 del D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117 "Codice del Terzo Settore"	
<input type="checkbox"/> Soggetto religioso di cui all'art. 4 comma 3 del "Codice del Terzo Settore"	
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. _____
<input type="checkbox"/> Codice iscrizione all'albo dell'Ufficio del Garante Regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale	n. _____
<input type="checkbox"/> Codice iscrizione all'Albo del Dipartimento Giustizia Minorile della Campania	n. _____
<input type="checkbox"/> Collaborazione in corso con gli Uffici Interdistrettuali di Esecuzione Penale Esterna (UEPE)	<input type="checkbox"/> Allega lettera a firma del Responsabile UEPE provinciale <input type="checkbox"/> Allega validazione del progetto da parte della Diocesi di appartenenza

<input type="checkbox"/> Collaborazione in corso con gli Istituti Penitenziari campani	<input type="checkbox"/> Allega lettera a firma del Direttore dell'Istituto Penitenziario <input type="checkbox"/> Allega validazione del progetto da parte della Diocesi di appartenenza
--	--

A1. SOGGETTO PROPONENTE CAPOFILA DEL PARTENARIATO
(in caso di raggruppamento)

<input type="checkbox"/> Soggetto del Terzo Settore, come definito ai sensi dell'art. 4 del D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117 "Codice del Terzo Settore"		
<input type="checkbox"/> Soggetto religioso di cui all'art. 4 comma 3 del "Codice del Terzo Settore"		
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. _____
<input type="checkbox"/> Codice iscrizione all'albo dell'Ufficio del Garante Regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale	n. _____	
<input type="checkbox"/> Codice iscrizione all'Albo del Dipartimento Giustizia Minorile della Campania	n. _____	
<input type="checkbox"/> Collaborazione in corso con gli Uffici Interdistrettuali di Esecuzione Penale Esterna (UEPE)	<input type="checkbox"/> Allega lettera a firma del Responsabile UEPE provinciale <input type="checkbox"/> Allega validazione del progetto da parte della Diocesi di appartenenza	
<input type="checkbox"/> Collaborazione in corso con gli Istituti Penitenziari campani	<input type="checkbox"/> Allega lettera a firma del Direttore dell'Istituto Penitenziario <input type="checkbox"/> Allega validazione del progetto da parte della Diocesi di appartenenza	

Partner 1, 2...n

(Compilare per ciascun partner del raggruppamento)

<input type="checkbox"/> Soggetto del Terzo Settore, come definito ai sensi dell'art. 4 del D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117 "Codice del Terzo Settore"	
<input type="checkbox"/> Soggetto religioso di cui all'art. 4 comma 3 del "Codice del Terzo Settore"	
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. _____
<input type="checkbox"/> Codice iscrizione all'albo dell'Ufficio del Garante Regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale	n. _____
<input type="checkbox"/> Codice iscrizione all'Albo del Dipartimento Giustizia Minorile della Campania	n. _____
<input type="checkbox"/> Collaborazione in corso con gli Uffici Interdistrettuali di Esecuzione Penale Esterna (UEPE)	<input type="checkbox"/> Allega lettera a firma del Responsabile UEPE provinciale <input type="checkbox"/> Allega validazione del progetto da parte della Diocesi di appartenenza
<input type="checkbox"/> Collaborazione in corso con gli Istituti Penitenziari campani	<input type="checkbox"/> Allega lettera a firma del Direttore dell'Istituto Penitenziario <input type="checkbox"/> Allega validazione del progetto da parte della Diocesi di appartenenza

B. ACCOGLIENZA ABITATIVA

<p>N destinatari da prendere in carico <i>(minimo 4, massimo di 6, se in forma singola; minimo 6, massimo 10, se in forma associata)</i></p>	<p>Totale _____ di cui n. maschi _____ di cui n. donne _____ di cui n mamme con minori _____</p>
<p>Alloggio</p>	<p>Ubicazione <input type="checkbox"/> Città <input type="checkbox"/> Campagna</p> <p>Indirizzo Città _____ CAP _____ Via e n. civico _____</p>

C. ESPERIENZA MATURATA NEGLI AMBITI ATTINENTI ALL'OGGETTO DELL'AVVISO

(Ripetere per ciascun committente le informazioni indicate nella tabella sottostante)

<p>Committente 1</p>	
<p>Oggetto della prestazione <input type="checkbox"/> Area penale <input type="checkbox"/> Area sociale</p>	
<p>Data di inizio e fine</p>	
<p>N anni/mesi</p>	
<p>Importo</p>	

<p>Committente 2, 3..n . <i>(ripetere per ciascun committente)</i></p>	

D. QUALITÀ DELLA PROPOSTA PROGETTUALE

D1. Descrivere l'articolazione del progetto che si intende realizzare, specificando l'obiettivo strategico e i risultati attesi, anche con riferimento alla tempistiche relative alle singole attività

--



Allegato 2

D2. Descrivere il percorso integrato di accoglienza che si intende realizzare, caratteristiche e modalità di erogazione dei servizi offerti, presa in carico, accoglienza abitativa ed inserimento sociale

Presa in carico

Accoglienza abitativa

Inserimento sociale (incluso l'eventuale recupero della scolarizzazione e coinvolgimento nei lavori di utilità sociale dei destinatari)

D3. Descrivere le caratteristiche e le modalità di erogazione dei servizi di supporto alla genitorialità e dei servizi educativi destinati alle mamme con figli minori

Supporto alla genitorialità

Servizi educativi destinati alle mamme con figli minori (incluso la descrizione del kit per i minori)

D4. Descrivere le modalità di gestione ed organizzazione delle attività, il numero e la tipologia di risorse professionali coinvolte nelle diverse attività, le modalità di raccordo con gli uffici regionali e gli uffici periferici regionali del Ministero della Giustizia

D5. Descrivere gli aspetti innovativi della proposta in termini di servizi offerti, strumenti, metodologie e strategie d'intervento

D6. Descrivere il piano di monitoraggio e valutazione, con particolare riferimento all'attuazione delle singole attività e al raggiungimento degli obiettivi previsti

--

E. CRONOPROGRAMMA

Indicare l'articolazione temporale delle diverse attività e dei servizi erogati, anche in parallelo.

Attività/Servizio	MESE					
	1	2	3	4	5	6

F. PIANO FINANZIARIO

Compilare il budget sottostante, nel rispetto dei massimali indicati nell'art. 5 Avviso Pubblico

Tipologia di destinatari	N	a) Spese per i destinatari (20€ al giorno pro capite) –					b) Altre tipologie di spesa				Costo Totale
		Costo Presa in carico della persona (Tutor/minimo o 1 ora)	Costo Alloggio (6 mensilità)	Costo Accompagnamento (Tutor/minimo 1 ora)	Costo Sussidio (minimo 5 euro giornalieri per almeno 6 mesi)	Costo Kit sociale (attrezzature, materiali, utenze telefoniche, ecc....-)	Costo Esperto sostegno servizio di reinserimento sociale	Costo Kit minori	Costo Servizi socio educativi per minori (Operatore per l'infanzia/minimo o 312 ore)	Costo Esperto genitorialità (minimo 96 ore)	
Destinatari maschi											
Destinatari giovani adulti											
Destinatarie donne											
Destinatarie mamme con minori											
Totale complessivo											

Firma del Legale Rappresentante
(in caso di raggruppamento firma del legale rappresentante del soggetto capofila)
