

CONTRIBUTI IN FAVORE DELLE ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO - ANNUALITÀ 2023

Si precisa che le indicazioni contenute nella presente scheda costituiscono un mero esempio e non sostituiscono in alcun modo quanto previsto nell'Avviso e nel modulo allegato che, pertanto, rimangono l'unica regolamentazione vincolante ed in grado di disciplinare formalmente le modalità di accesso ai contributi aziendali per le ODV 2023.

Scheda attività

ASSOCIAZIONE PROPONENTE	Ass. XXX
REFERENTI DELLA ODV PER LE ATTIVITÀ (indicare uno o più nominativi e relativi recapiti)	Referente 1: XXX – n. tel. 00000000 Referente 2: yyyyyy – n. tel. 111111
TITOLO ATTIVITÀ	Attività XY
FASCE DI ETA' DEI DESTINATARI DELLE ATTIVITÀ (è possibile individuare più destinatari)	<p>MINORI</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> X Bambini (0-10 anni)</p> <p><input type="checkbox"/> Preadolescenti (11-13 anni)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> X Adolescenti (14-18 anni)</p> <p>GIOVANI</p> <p><input type="checkbox"/> 19-34 anni</p> <p>ADULTI</p> <p><input type="checkbox"/> 35-54 anni</p> <p><input type="checkbox"/> 55-64 anni</p> <p>ANZIANI</p> <p><input type="checkbox"/> 65-74 anni</p> <p><input type="checkbox"/> Oltre i 75 anni</p>
AREE DI ATTIVITÀ (Specificare a quale Obiettivo di Salute si intende concorrere)	<p>1. <input type="checkbox"/> Accesso ai servizi per la salute:</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Trasporti</p>

<p>attraverso le azioni messe in campo)</p>	<p> <input type="checkbox"/> Accompagnamento <input type="checkbox"/> Pratiche burocratiche <input type="checkbox"/> Altro: _____ </p> <p>2. <input type="checkbox"/> Supporto a pazienti affetti da patologia: <input type="checkbox"/> Specificare quale: _____</p> <p>3. <input checked="" type="checkbox"/> Supporto alla cronicità e/o fragilità: <input type="checkbox"/> Assistenza <input checked="" type="checkbox"/> Socializzazione <input type="checkbox"/> Educazione terapeutica <input type="checkbox"/> Ausili <input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>4. <input checked="" type="checkbox"/> Supporto alla disabilità: <input checked="" type="checkbox"/> Assistenza <input type="checkbox"/> Trasporto <input type="checkbox"/> Socializzazione <input type="checkbox"/> Ausili <input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Sostegno alla famiglia e/o minori: <input type="checkbox"/> Disagio economico <input type="checkbox"/> Supporto educativo <input type="checkbox"/> Assistenza/caregiving <input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Promozione della salute/prevenzione: <input type="checkbox"/> Attività fisica/sport <input type="checkbox"/> Abitudini voluttuarie <input type="checkbox"/> Socializzazione <input type="checkbox"/> Alimentazione <input type="checkbox"/> Sessualità/Malattie Sessualmente Trasmissibili <input type="checkbox"/> Altro: _____</p>
---	--

	<p>7. <input type="checkbox"/> Dipendenze</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Salute mentale</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Popolazione migrante</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Attività di supporto in ambito Ospedaliero</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Soccorso/emergenza</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Altro: _____</p>
<p style="text-align: center;">AZIONI</p> <p>(Descrivere le attività specifiche che si intendono realizzare con il Contributo richiesto.)</p>	<p>Titolo Azione n.1: XYZ</p>
	<p>a. Data inizio: gg/mm/aaaa Data fine: gg/mm/aaaa</p>
	<p>b. Descrizione dell'attività</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenuti: descrivere <u>CHE COSA</u> l'associazione intende realizzare
	<ul style="list-style-type: none"> • Cronoprogramma: descrivere QUANDO/CON QUALI CADENZE l'Associazione intende realizzare quanto descritto in "Descrizione delle attività"
	<ul style="list-style-type: none"> • Modalità operative/Strumenti: descrivere: <ul style="list-style-type: none"> - quale ruolo ricopriranno i volontari - quale ruolo ricopriranno gli eventuali operatori a pagamento - modalità di raccordo reciproco tra volontari e operatori a pagamento - le modalità di diffusione dell'iniziativa tra i soggetti destinatari delle attività - ulteriori modalità di realizzazione delle attività
	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione (indicazione di almeno due elementi quantitativi che permettano la verifica dell'attività effettivamente svolta): <p style="margin-left: 40px;">1: _____</p> <p style="margin-left: 40px;">2: _____</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Spazi/luoghi di concreto svolgimento: indicare, ove esistente, sia luoghi/sedi fisse di svolgimento che occasionali • L'azione coinvolge: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la popolazione dell'intero territorio di ASUGI <input checked="" type="checkbox"/> la popolazione relativa ad una porzione del territorio di ASUGI ed in particolare quella del rione/distretto xxx
<p>c. Coinvolgimento di altri soggetti (ente pubblico, altra ODV, ...):</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	

	<input type="checkbox"/> X Sì, soggetto finanziatore: - denominazione: xyz - importo: euro nnn
	<input type="checkbox"/> Sì, soggetto attivo nello svolgimento delle attività: - denominazione: _____ - contenuti e modalità di partecipazione: _____
	<p align="center">Titolo Azione n.2:</p>
	<p>a. Data inizio: _____ Data fine: _____</p>
	<p>b. Descrizione dell'attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenuti:
	<ul style="list-style-type: none"> • Cronoprogramma:
	<ul style="list-style-type: none"> • Modalità operative/Strumenti:
	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione (indicazione di almeno due elementi quantitativi che permettano la verifica dell'azione svolta): 1: _____ 2: _____
	<ul style="list-style-type: none"> • Spazi/luoghi di concreto svolgimento: • L'attività coinvolge: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la popolazione dell'intero territorio di ASUGI <input type="checkbox"/> la popolazione relativa ad una porzione del territorio di ASUGI ed in particolare _____
	<p>c. Coinvolgimento di altri soggetti (ente pubblico, altra ODV...):</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, soggetto finanziatore: - denominazione: - importo: <input type="checkbox"/> Sì, soggetto attivo nello svolgimento delle attività: - denominazione:

	- contenuti e modalità di partecipazione:
<p>RISULTATI ATTESI</p> <p>Si chiede al Soggetto Proponente di esprimere almeno due risultati che si aspetta di ottenere complessivamente dalle azioni che mette in campo</p>	<p>R1:</p> <p>R2:</p>

<p>ESPERIENZA PREGRESSA (riassumere in massimo una facciata l'esperienza della ODV affine alle attività proposte con descrizione delle specifiche attività svolte esclusivamente nell'ultimo anno - 2022).</p>

RISORSE UMANE	
ORE MINIME DI OPERATORI VOLONTARI	
ORE MASSIME DI PERSONALE A PAGAMENTO (dipendente, consulenze, collaborazioni esterne, acquisizione di servizi, comprensivi anche del personale di segreteria e per la gestione tecnico-operativa)	

PREVISIONE DI BUDGET (nei limiti e secondo le definizioni meglio precisate al punto 6 dell'Avviso)		
Categoria di spesa	Descrizione delle singole voci di spesa con relativo ammontare	Spesa totale prevista per ciascuna categoria di spesa
1. Spese per volontari	Assicurazioni Euro XXXX	
	Rimborsi spese a volontari Euro XXXX (massimo Euro 10,00 giornalieri per singolo volontario e 150,00 mensili per singolo volontario)	

2. Spese per risorse umane a pagamento indispensabili a qualificare l'attività, comunque entro il limite del 30% delle ore complessivamente svolte dalla ODV per le attività ammesse ai contributi (le ore eccedenti il 30%, anche se rendicontate correttamente, non saranno rimborsate da parte dell'ASUGI)	Professionista per attività XY Euro XXXX	
	Commercialista per attività di segreteria Euro XXXX	
 Euro XXXX	
3. Spese per attrezzature e locali	Affitto spazi per attività XY Euro XXX	
	Acquisto di JK per attività YYYY Euro YYYY	
4. <u>Spese correlate alla pandemia da COVID-19</u> (sanificazione dei locali o mezzi, DPI...)	Mascherine per volontari Euro XXXXX	
	Gel Euro XXXXXX	
5. Spese che non rientrano in nessuna delle precedenti categorie né in quelle considerate inammissibili		
TOTALE COMPLESSIVO		

Data e luogo

IL LEGALE RAPPRESENTANTE