**ALLEGATO C**

**FORMULARIO PER LA PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA ANTIVIOLENZA**

|  |
| --- |
| Denominazione Programma antiviolenza:  Ambito territoriale di riferimento del Programma:    Centro/i antiviolenza attuatore/i del Programma: |

1. **SOGGETTO GESTORE DEL CENTRO ANTIVIOLENZA CHE PRESENTA E ATTUA IL PROGRAMMA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Denominazione o**  **Ragione Sociale** | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| Indirizzo | | |  | | | | | | | | |
| CAP | |  | | Città | |  | | | Provincia | |  |
| Tel | |  | | | | Fax |  | e-mail | |  | |
| Natura giuridica | | | | |  | | | | | | |
| Rappresentante legale | | | | | |  | | | | | |
| Referente per il programma | | | | | | |  | | | | |
| Indirizzo | | | CAV: | | | | | | | | |
| CAP | |  | | Città | |  | | | Provincia | |  |
| Tel | |  | | | | Fax |  | e-mail | |  | |

1. **SOGGETTI PARTNER PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.a** | **Denominazione o Ragione Sociale** | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Indirizzo | | |  | | | | | | | | | |
| CAP | |  | | Città | |  | | | | Provincia | |  |
| Tel | |  | | | | Fax |  | | e-mail | |  | |
| Natura giuridica | | | | |  | | | | | | | |
| Rappresentante legale | | | | | |  | | | | | | |
| Referente per il programma | | | | | | | |  | | | | |
| Indirizzo | | |  | | | | | | | | | |
| CAP | |  | | Città | |  | | | | Provincia | |  |
| Tel | |  | | | | Fax |  | | e-mail | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.a** | **Denominazione o Ragione Sociale** | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Indirizzo | | |  | | | | | | | | | |
| CAP | |  | | Città |  | | | | Provincia | |  | |
| Tel | |  | | | Fax |  | | e-mail | |  | | |
| Natura giuridica | | | | |  | | | | | | | |
| Rappresentante legale | | | | |  | | | | | | | |
| Referente per il programma | | | | | | |  | | | | | |
| Indirizzo | | |  | | | | | | | | | |
| CAP | |  | | Città |  | | | | Provincia | |  | |
| Tel | |  | | | Fax |  | | e-mail | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.a** | **Denominazione o Ragione Sociale** | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| Indirizzo | | |  | | | | | | | | |
| CAP | |  | | Città | |  | | | Provincia | |  |
| Tel | |  | | | | Fax |  | e-mail | |  | |
| Natura giuridica | | | | |  | | | | | | |
| Rappresentante legale | | | | | |  | | | | | |
| Referente per il programma | | | | | | |  | | | | |
| Indirizzo | | |  | | | | | | | | |
| CAP | |  | | Città | |  | | | Provincia | |  |
| Tel | |  | | | | Fax |  | e-mail | |  | |

Nota: aggiungere altre tabelle se necessario.

|  |
| --- |
| **2. RUOLI E COMPETENZE DEI SOGGETTI PARTNERS DEL PROGRAMMA AI FINI DELL’ATTUAZIONE:** |

|  |
| --- |
| **3. FORMAZIONE DEL PARTENARIATO**  *(descrivere le modalità di coinvolgimento dei soggetti PARTNERS e le modalità e i tempi di formalizzazione dei rapporti di partenariato)* |

|  |
| --- |
| **4. MOTIVAZIONI DELL’INTERVENTO E FINALITA’ COMPLESSIVA** |

|  |
| --- |
| **5. OBIETTIVI SPECIFICI DA PERSEGUIRE** |

|  |
| --- |
| **6. ARTICOLAZIONE DEL PROGRAMMA PER SINGOLE AZIONI PREVISTE**  (*indicare in modo correlato agli obiettivi specifici*) |

|  |
| --- |
| **7. DESTINATARI DEL PROGRAMMA** |

|  |
| --- |
| **8. DESCRIZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO E DELLE RISORSE UMANE IMPIEGATE NELL’EQUIPE DI LAVORO**  *(specificare organizzazione prevista, qualifiche e caratteristiche professionali, formazione specifica)* |

|  |
| --- |
| **9. RISULTATI ATTESI CON RIFERIMENTO AI DESTINATARI FINALI** |

|  |
| --- |
| **10. SISTEMA DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI**  *(Specificare e descrivere attività e strumenti)* |

|  |
| --- |
| **11. INFORMAZIONE, SENSIBILIZZAZIONE E DIFFUSIONE RISULTATI**  *(Specificare le azioni previste)* |

**12. PIANO FINANZIARIO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Interventi**  **di cui art. 4 (interventi ammissibili)** | **Contributo**  **Regionale**  **tot.**  **€ 100.000,00** | **%** | **Risorse di Ambito come da finalizzazione FNPS 2021/2022/2023**  **altre fonti di finanziamento**  **Min. € 60.000** | **€** | **Totale**  **(col. 2+5)** |
| a) |  |  | Convenzione/Affidamento CAV o altre fonti di finanziamento |  |  |
| b)  max 10% |  |  | Fondo pagamento rette case rifugio  FNPS 2021/2022/2023 |  |  |
| c)  max 5% |  |  | Convenzione/Affidamento CAV o altre fonti di finanziamento |  |  |
| d)  max 5% |  |  | Convenzione/Affidamento CAV o altre fonti di finanziamento |  |  |
| e)  max 5% |  |  | Convenzione/Affidamento CAV o altre fonti di finanziamento |  |  |
| Totale |  | 100% | **Totale risorse di ATS/Consorzio** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Spese di cui all’art. 6 dell’Avviso** | **Contributo**  **Regionale**  **(stima dei costi)** | **%** | **Risorse di Ambito\*** | **TOTALE** | | |
| 1 |  | max  10% |  |  | | |
| 2 |  |  |  |  | | |
| 3 |  |  |  |  | | |
| 4 |  | max 10% |  |  | | |
| 5 |  |  |  |  | | |
| **Totale:** | | **100%** | **Totale risorse di ATS/Consorzio:** | |  |

Firma del Rappresentante legale dell’ATS/Consorzio

Firma del Rappresentante legale Centro antiviolenza soggetto attuatore del programma