**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 rifugioFNPS 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 |  | max10% |  |  |
| 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