**Allegato B)**

**ALL'ATS XIX**

**COMUNE DI FERMO**

**VIA GIUSEPPE MAZZINI, 4,**

**63900 FERMO FM**

**AVVISO DI ISTRUTTORIA PUBBLICA AI SENSI DELL’ART. 55 DEL D. LGS. N. 117/2017 E SS.MM.II. E AI SENSI DELLA L.R. MARCHE N. 23/2025 E SS.MM.II. PER L'INDIVIDUAZIONE DI ENTI DEL TERZO SETTORE PER CO-PROGETTARE LA DEFINIZIONE E REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI NEL TERRITORIO DELL’ATS 19 NELL’AMBITO DEL PNRR, MISSIONE 5 “INCLUSIONE E COESIONE” - COMPONENTE 2 “INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE” – SOTTOCOMPONENTE 1 “SERVIZI SOCIALI, DISABILITÀ E MARGINALITÀ SOCIALE” – INVESTIMENTO 1.2 PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITÀ - AVVISO PUBBLICO 1/2022 - FINANZIATO DALL’UNIONE EUROPEA – NEXT GENERATION EU, CUP F54H22000160001, CIG B891C1D945**

**Modello di PROPOSTA PROGETTUALE**

*In caso di più soggetti in forma associata (costituita o da costituirsi in ATI o RTI/ATS) la proposta progettuale può essere sottoscritta unicamente dal “Capofila”*

**DATI IDENTIFICATIVI del SOGGETTO PROPONENTE**

### **ANAGRAFICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominazione del Soggetto Capofila** |  |
| **Sede/i legale** |  |
| **Sede/i operativa/e** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Referente proposta di intervento** |  |
| **Qualifica** |  |
| **Telefono** |  |
| **Posta elettronica** |  |
| **PEC** |  |

### **ANAGRAFICA eventuale PARTNER DI PROGETTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominazione Partner[[1]](#footnote-1)** |  |
| **Sede/i legale** |  |
| **Sede/i operativa/e** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Referente proposta di intervento** |  |
| **Qualifica** |  |
| **Telefono** |  |
| **Posta elettronica** |  |
| **PEC** |  |

|  |
| --- |
| ***Denominazione del Servizio*** |

***Obiettivi, Descrizione della proposta progettuale, Servizi erogati ed attività/interventi da realizzare e Indicazioni sulle modalità attuative***

*Se il progetto è presentato in forma associata indicare anche le modalità e gli ambiti di collaborazione tra i partner.*

***Target di utenza***

|  |
| --- |
| ***Gruppo di lavoro proposto: figure professionali impiegate*** |

|  |
| --- |
| ***Capacità di fare rete con le realtà territoriali dei Comuni dell’ATS 19 e la conseguente integrazione con altre progettualità rivolte a persone con disabilità.*** |

|  |
| --- |
| ***Indicazione di elemen­ti di innovazione e sperimentazione relativi alla progettazione presentata:*** |

***Raccordo con l’ufficio di Coordinamento dell’ATS XIX per la gestione/governance condivisa del progetto***

|  |
| --- |
| ***Radicamento territoriale: indicare gli di anni di presenza attiva sullo specifico territorio dell’Ambito sociale XIX (in caso di ATI o RTI/ATS tale informazione dovrà essere fornita da ciascun ETS, membro del raggruppamento) con indicazione di dettaglio su quanto realizzato nel territorio*** |

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Timbro e firma del Legale Rappresentante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(In caso di firma autografa allegare fotocopia del documento di identità del sottoscrittore ai sensi del combinato disposto degli artt. 38 e 46 del DPR n. 445/2000)

1. Nota alla compilazione: riprodurre la tabella per ogni partner presente sul progetto. [↑](#footnote-ref-1)