



Allegato 1 - Formulario di progetto

AVVISO PUBBLICO PER L'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE PER L'ATTIVAZIONE DEI SERVIZI DI PRESA IN CARICO, ACCOMPAGNAMENTO E INTERVENTI EDUCATIVI DEI SOGGETTI IN ETÀ DI TRANSIZIONE E ADULTI CON DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO

Titolo progetto:

Composizione del Partenariato

Capofila:

.....

Ambito Territoriale *(compilare una riga per ciascun Ambito Territoriale coinvolto nel partenariato)*

1. (principale)

2.

3.

.....

ASL/Distretto sanitario *(compilare una riga per ciascun ASL/Distretto sanitario coinvolti nel partenariato)*

1.

2.

3.

.....

Soggetto autorizzato ai servizi per il lavoro *(compilare una riga per ciascun soggetto coinvolto nel partenariato)*

1.

2.

3.

.....



Altri ETS (eventuale, compilare una riga per ciascun ETS coinvolto nel partenariato)

1.
2.
3.

Altri soggetti pubblici o privati (eventuale, compilare una riga per ciascun soggetto coinvolto nel partenariato)

1.
2.
3.

Servizio 2 (indicare le attività afferenti al Servizio 2 che si intendono realizzare)

- ☐ a) percorsi di socializzazione dedicati agli adulti ad alto funzionamento e soggetti in età di transizione
- ☐ b) interventi per favorire l'inclusione mediante attività sociali
- ☐ c) interventi sperimentali volti alla formazione e all'inclusione lavorativa
- ☐ e) interventi di residenzialità e per l'abitare

Collaborazione in rete con altri soggetti del territorio (università, scuola, centri estivi parrocchie, centri giovanili, gruppi informali di pari, palestre, servizi comunitari ecc):

- ☐ SI ☐ NO

Specificare i soggetti collaboratori di rete

.....



Coinvolgimento di un'associazione di rappresentanza dei genitori dei destinatari delle attività:

☐ SI

☐ NO

Indicare l'associazione

.....

Modalità operative di attivazione del partenariato *(specificare le modalità operative di attivazione, integrazione e coordinamento del partenariato specificando i soggetti coinvolti, i rispettivi ruoli, le modalità di raccordo tra i soggetti coinvolti nonché gli strumenti di governance, coordinamento e scambio informativo che l'ETS intende adottare)*

.....
.....
.....

Descrizione intervento - Servizio 1 - attività d) interventi rivolti ai nuclei familiari di persone con disturbo dello spettro autistico

Fabbisogno rilevato e platea potenziale destinatari:

.....
.....
.....

Obiettivi specifici perseguiti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Attività previste:

.....



.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Professionalità coinvolte:

.....
.....
.....
.....
Modalità di accesso e presa in carico degli utenti:

.....
.....
.....
Modalità di individuazione e ruolo svolto dai “tutor di percorso”

.....
.....
.....
Durata, intensità e modalità di erogazione dei servizi:

.....
.....
.....
Output attesi:



Numero di nuclei familiari coinvolti:.....

Descrizione intervento - Servizio 2 (N.B. la presente sezione va compilata per ciascuna delle attività afferenti al Servizio 2 che si intendono realizzare)

Attività..... (indicare l'attività che si intende realizzare tra quelle previste per il Servizio 2)

Fabbisogno rilevato e platea potenziale destinatari:

Obiettivi specifici perseguiti:

Attività previste:



Professionalità coinvolte:

.....

.....

.....

Modalità di accesso e presa in carico degli utenti:

.....

.....

.....

.....

Modalità di individuazione e ruolo svolto dai “tutor di percorso”

.....

.....

.....

Durata, intensità e modalità di erogazione dei servizi:

.....

.....

.....

Output attesi:

.....

.....

.....

.....

Numero di utenti coinvolti e relativa fascia di età:

Cronoprogramma

(indicare le principali fasi di attuazione del progetto, riportando per ciascuna il periodo di



svolgimento previsto, per una durata massima pari a 12 mesi, con particolare riferimento a:

- *Avvio dei servizi*
- *Presa in carico progressiva dei destinatari*
- *Scadenze intermedie di verifica*
- *Conclusione dei percorsi attivati)*

.....
.....
.....

Monitoraggio

(descrivere le modalità di monitoraggio fisico, procedurale e finanziario dell'intervento, inclusi gli strumenti per la raccolta dei dati relativi ai destinatari, alle attività erogate, ai percorsi attivati, agli esiti intermedi e finali, nonché le modalità di alimentazione dei sistemi informativi previsti dal PR Campania FSE+ 2021–2027)

.....
.....
.....

Descrizione dei servizi svolti in favore di persone con disabilità nel triennio precedente (con particolare riguardo ad esperienze in essere o già realizzate per almeno 24 mesi riguardanti esperienze integrative di tipo socio-assistenziale con soggetti con ASD)

ETS realizzatore	Ente pubblico con il quale il progetto è stato realizzato (eventuale)	Periodo realizzazione (mesi e anno)	Durata del servizio (n. mesi)	Tipologia disabilità	N. utenti	Descrizione sintetica intervento



Il legale rappresentante del soggetto capofila
(firma digitale)