

Allegato B – FORMULARIO DI PROGETTO

Alla Regione Calabria

Manifestazione di interesse per la presentazione di percorsi di politiche attive, nelle modalità dei tirocini, rivolta agli Enti pubblici a favore di lavoratori precedentemente inseriti nel bacino dei percettori di mobilità in deroga della Regione Calabria.

PARTE I – Ente pubblico proponente

Tipologia			
Denominazione			
Indirizzo			
Codice Postale		Comune	
Provincia			
PEC		Sito web	
Telefono		Mail	
Cod. Fiscale/P. IVA			
Rappresentante Legale			
Telefono		Mail	
Referente di progetto			
Telefono		Mail	

PARTE II – IL PROGETTO

Titolo			
Popolazione residente area di svolgimento attività			
Numero destinatari coinvolti nelle attività	15		
Finanziamento richiesto			
Sede di svolgimento attività	Città Scigliano	Provincia CS	
Durata	6 mesi dal 01.05.2017 al 01.11.2017		

TIPOLOGIA ATTIVITÀ

Barrare la casella di interesse

N. tirocini richiesti	Settore di attività
3	Manutenzione ordinaria edifici e strutture di proprietà dell'ente
4	Manutenzione ordinaria della viabilità
-	Manutenzione ordinaria di spiagge ed arenili ed annesse zone di accesso
4	Manutenzione ordinaria aree verdi, aree attrezzate, ecc.
	Servizi socio-assistenziali, assistenza domiciliare
1	Servizi turistico-culturali
-	Servizi di pulizia e servizi di guardiania e portierato
3	Servizi di supporto amministrativo

SINTESI DEL PROGETTO

Obiettivi, contesto e bisogni	<i>(Descrivere brevemente il contesto di riferimento e gli obiettivi dell'intervento proposto)</i>
Destinatari	<i>(Indicare modalità di selezione, numero, fascia d'età e caratteristiche)</i>
Descrizione delle attività	<i>(Descrivere in modo dettagliato le specifiche attività progettuali proposte, l'organizzazione delle stesse sia in termini di realizzazione che di gestione e tempistica)</i>
Rispondenza ai bisogni del territorio	<i>(Descrivere l'efficacia delle azioni in relazione ai bisogni del territorio e della cittadinanza)</i>
Risultati attesi	<i>(in termini di ottimizzazione e potenziamento dei servizi resi ai cittadini)</i>

TABELLA DI CALCOLO SPESE AMMISSIBILI

Spese ammissibili	Costi
Indennità partecipazione destinatari	€ 800,00 x 6 mesi x n. partecipanti
<i>Totale costo progetto</i>	

Luogo e data _____

Firma Legale rappresentante e timbro ente
