ALLEGATO B

MODELLO DI DOMANDA DI CONTRIBUTO RELATIVA ALLA RIPARTIZIONE DELLE RISORSE ISCRITTE NEL FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE E I SERVIZI DELL'ASILO, DI CUI ALL'ART. 1 SEXIES E 1 SEPTIES DEL DECRETO LEGGE 30 DICEMBRE 1989, N.416, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI, CON LA LEGGE 28 FEBBRAIO 1990, N. 39, INTRODOTTO DALL'ART.32 DELLA LEGGE 30 LUGLIO 2002, N. 189, PER GLI ANNI 2016 e 2017

AL MINISTERO DELL'INTERNO
Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione
Direzione centrale dei servizi civili per l'immigrazione e l'asilo

L'ENTE LOCALE PROPONENTE

Ente Locale	COMUNE DI SAVONA

Nel caso di Unione, Consorzio, Associazione, indicare l'ente locale capo-fila:

Ente locale capofila	

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO ALLA RIPARTIZIONE DEL FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE E I SERVIZI DELL'ASILO. A TAL FINE COMUNICA:

2. DATI DELL'ENTE LOCALE PROPONENTE

Ente locale	COMUNE DI SAVONA
Indirizzo	CORSO ITALIA 19
Codice Fiscale	175270099
Conto di Tesoreria (c/o la Sezione Provinciale della Banca d'Italia)[1] corrente bancario infruttifero	Nr. posizione:62176 TESORERIA PROVINCIALE STATO
Coordinate IBAN[2]	**IT45A0100003245143300062176**
Popolazione[3]	61.550 (al 23/11/2015)

[1] Indicazione obbligatoria.
[2] Ibidem.
[3] Per le finalità di cui all'articolo 7, comma 2.

3. RAPPRESENTANTE LEGALE[4]

Nome	WALTER
Cognome	ZILIANI
Funzione	Dirigente Settore Politiche Sociali ed Educative delegato in data 02/12/2015 dal Sindaco Federico Berruti a rappresentare l'Ente
Telefono/Fax	01983105500/10983105518
E-mail	servizi.sociali@comune.savona.it

4. RESPONSABILE DEL PROGETTO PRESSO L'ENTE LOCALE

Nome	WALTER
Cognome	ZILIANI
Incarico ricoperto presso l'ente locale	Dirigente Settore Politiche Sociali ed Educative
Telefono/Fax	01983105500/10983105518
E-mail	servizi.sociali@comune.savona.it

5. REFERENTE PER LA PROPOSTA PROGETTUALE PRESSO L'ENTE LOCALE (*da compilare solo se persona differente da quella indicata al punto 3*)

Nome	CRISTINA
Cognome	BRIANO
Incarico ricoperto presso l'ente locale	FUNZIONARIO DEL SETTORE POLITICHE SOCIALI ED EDUCATIVE
Telefono/Fax	01983105500/10983105518
E-mail	servizi.sociali@comune.savona.it

6. DATI DELL'ENTE ATTUATORE (SOGGETTO O ORGANIZZAZIONE DIVERSI DALL'ENTE LOCALE) AFFIDATARIO DI UNO O PIU' SERVIZI PREVISTI[5]

Denominazione ente o organizzazione	
Indirizzo	
Responsabile operativo del progetto	Nome: Cognome:
Telefono/Fax	
E-mail	
Servizio/i affidato/i[6]	
Descrizione sintetica degli eventuali servizi in essere sul territorio regionale dell'ente proponente	

[4] Es.: Presidente della Provincia, Sindaco, Dirigente, etc.
[5] Tabella da duplicare e compilare per ogni ente attuatore affidatario di uno o più servizi.
[6] Indicare i servizi come da Linee Guida e in corrispondenza a quanto indicato al punto 8 del presente modello di domanda di contributo.

7. RESPONSABILE PER LA BANCA DATI

Nome	
Cognome	
Ente di appartenenza	
Telefono/Fax	
E-mail	
Nome, cognome e numero di telefono altro personale di contatto	

8. DATI RIEPILOGATIVI DELLA PROPOSTA PROGETTUALE

7.1 – Data di attivazione prevista (gg/mm/aaaa)
(Indicare data disponibilità tenendo presente che è comunque obbligatoria, pena decadenza dall'assegnazione, l'attivazione entro 45 giorni dalla pubblicazione delle graduatorie sul sito del Ministero dell'Interno)

7.2 – Indicare se il progetto di accoglienza integrata è riservato a *(barrare una sola casella)*
□ richiedenti/titolari di protezione internazionale o umanitaria destinatari di "interventio di accoglienza ordinaria □ richiedenti/titolari di protezione internazionale o umanitaria con necessità di assistenza sanitaria, sociale e domiciliare, specialistica e/o prolungata

7.3 – Numero di posti per i quali si richiede il contributo
10

7.4 – In relazione al numero dei posti di cui al punto precedente, indicare la percentuale e il relativo numero dei posti da destinare alla rete nazionale dello SPRAR[7]
Percentuale:100%
Numero dei posti: 10

7.5 – Indicare i soggetti beneficiari e il numero di posti (nel caso barrare più di una casella)
□ persone singole di sesso maschile; numero posti ___ □ persone singole di sesso femminile; numero posti ___ □ nuclei familiari; numero posti ___ □ nuclei familiari monoparentali; numero posti ___

7.6 – Indicare il costo totale annuale del progetto comprensivo di cofinanziamento[8]	
Anno 2016	Costo totale annuo:
Anno 2017	Costo totale annuo:

[7] Art. 7, comma 1.

[8] Le informazioni riportate nelle annualità devono essere riprodotte in maniera identica.

7.7 – Indicare il costo giornaliero a persona *(pro-die pro-capite:rapporto tra costo totale annuale del progetto e numero di posti per cui si chiede il contributo diviso per 365 giorni)*

7.8 – Indicare il contributo dell'ente locale *(In conformità alle modalità di cui all'Allegato C)*[9]	
Anno 2016	Contributo ente locale:
Anno 2017	Contributo ente locale:
pari al_____per cento del costo totale annuale del progetto comprensivo di cofinanziamento (indicato al punto 7.6).	

7.9 – Descrivere la complementarietà della presente proposta progettuale con altri progetti attuati o da attuare a valere su differenti fonti di finanziamento o in modo non oneroso *(in particolare, nel caso in cui l'ente locale sia beneficiario di fondi comunitari, fondi regionali o di altri fondi straordinari, indicare le strategie messe in atto dall'ente per rendere complementari e sinergici gli interventi finanziati con tali fondi e le risorse destinate allo SPRAR)*

8. SERVIZI MINIMI GARANTITI

8.1 – Descrivere le modalità di erogazione del servizio di accoglienza materiale
Risultati attesi *(si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)*
Costo annuale del servizio:
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C:

8.2 – Descrivere le modalità di erogazione del servizio di mediazione linguistica-culturale
Risultati attesi *(si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)*
Costo annuale del servizio:
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C:

8.3 – Descrivere le modalità di erogazione del servizio di orientamento e accesso ai servizi del territorio
Risultati attesi *(si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)*

[9] Ibidem

Costo annuale del servizio
Voci di budget relative al servizio , come da allegato C

8.4 – Descrivere le modalità di erogazione del servizio di formazione e riqualificazione professionale
Risultati attesi *(si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)*
Costo annuale del servizio:
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C:

8.5 – Descrivere le modalità di erogazione del servizio di orientamento e accompagnamento all'inserimento lavorativo
Risultati attesi *(si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)*
Costo annuale del servizio:
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C:

8.6 – Descrivere le modalità di erogazione del servizio di orientamento e accompagnamento all'inserimento abitativo
Risultati attesi *(si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)*
Costo annuale del servizio:
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C:

8.7 – Descrivere le modalità di erogazione del servizio di orientamento e accompagnamento all'inserimento sociale
Risultati attesi (si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)
Costo annuale del servizio:
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C:

8.8 – Descrivere le modalità di erogazione del servizio di orientamento e accompagnamento legale

Risultati attesi *(si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)*
Costo annuale del servizio:
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C:

8.9 – Descrivere le modalità di erogazione del servizio di tutela psico-socio-sanitaria
Risultati attesi *(si richiede la formulazione di indicatori di risultato misurabili)*
Costo annuale del servizio:
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C:

9. RAPPRESENTAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE DI RIFERIMENTO[10]

Nome ente/ufficio	Attività/Servizio	Modalità di collaborazione

10. EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

10.1 – Numero totale del personale caricato sul budget del progetto

10.2– Per ciascuna risorsa prevista (incluso il personale amministrativo/contabile) indicare il nome completo, l'eventuale ente di appartenenza, la fascia, le ore settimanali di lavoro, il tipo di contratto[11], il costo annuale individuale e la relativa voce di budget[12]

Nome	Ente	Fascia[13]	Ore/settimana	Ore/mese	Contratto	Ruolo nell'équipe	Costo annuale[14] e voce di budget[15]

[10] Aggiungere righe se necessario.
[11] E' possibile riportare qualsiasi forma contrattuale prevista dall'ordinamento nazionale.
[12] Aggiungere righe se necessario.
[13] **Fascia A**: Almeno 5 anni di esperienza nel settore dell'asilo/immigrazione; formazione universitaria e/o postuniversitaria.
Fascia B: Almeno 3 anni di esperienza nel settore dell'asilo/immigrazione; formazione universitaria; formazione professionale.
Fascia C: Meno di 3 anni di esperienza nel settore dell'asilo/immigrazione; neolaureati; altri livelli di istruzione.
[14] Inserire il costo anche se pari a 0,00 euro.
[15] Esempio: P3, P5, T1, T2, etc.

10.3 - Modalità di organizzazione del lavoro e di gestione dell'équipe

10.4 - Modalità di raccordo tra ente locale e ente/i attuatore/i

10.5 - Modalità di aggiornamento e formazione degli operatori
Risultati attesi:
Costo annuale:
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C:

10.6 - Modalità attraverso le quali viene svolta l'attività di supervisione esterna psicologica dell'équipe
Risultati attesi:
Costo annuale:
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C:

10.7 – Modalità dell'équipe di far fronte a situazioni emergenziali
Risultati attesi:

11 – AGGIORNAMENTO E GESTIONE DELLA BANCA DATI

Modalità di aggiornamento e gestione della Banca Dati. Descrizione dei mezzi tecnici disponibili necessari al collegamento alla rete informatica gestita dal Servizio Centrale
Risultati attesi:

Costo annuale:
Voci di budget relative al servizio, come da allegato C:

Fanno parte integrante della presente domanda i seguenti modelli debitamente compilati:
Allegato B1
Allegato B2
Allegato B3
Allegato C
Allegato C1
nonché ogni altro documento che si produce e che si chiede di acquisire con la presente domanda.

Data _____

Firma del rappresentante *(di cui al punto 2)*

_____

Data _____

Firma del legale rappresentante del soggetto concorrente