Allegato B

**PRIMA PARTE – INFORMAZIONI GENERALI**

|  |
| --- |
| Ente candidato |

|  |  |
| --- | --- |
| Ragione Sociale |  |
| Sede legale |  |
| Sede operativa 1 |  |
| Sede operativa 2 (eventuale) |  |
| Sede operativa 3 (eventuale) |  |
| Sede operativa 4 (eventuale) |  |
| Sede operativa 5 (eventuale) |  |
| Sede operativa 6 (eventuale) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Collaborazione con Comune (indicare il Comune, descrivere oggetto della collaborazione). Allegare lettera e/o convenzione in essere |  |

(ripetere la cella per ogni Collaborazione attiva con più Comuni)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Personale disponibile per le attività (nome, cognome, ruolo, tipologia di rapporto con l’Ente) | Nome e Cognome | Ruolo nell’associazione (per es. presidente, componente direttivo, socio, ecc.) | Tipologia rapporto  (volontario, dipendente, collaboratore, ecc.) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**SECONDA PARTE – ATTIVITA’ DI INFORMAZIONE E ORIENTAMENTO PER L’INCLUSIONE SOCIALE**

|  |  |
| --- | --- |
| Indicazione di luoghi, eventi, attività tramite cui l’Ente ha la possibilità di promuovere **informazione e orientamento** dei cittadini in merito a servizi e interventi di inclusione sociale |  |
| Indicare **altre realtà** (enti pubblici oltre i Comuni, enti del terzo settore, imprese, gruppi informali, ecc.) con cui l’Ente collabora e che può eventualmente coinvolgere nelle attività di informazione, orientamento e accompagnamento e nella attuazione di progetti di utilità collettiva |  |

**TERZA PARTE – PROGETTO DI UTILITA’ COLLETTIVA**

**(compilare una scheda per ogni progetto attivabile)**

|  |  |
| --- | --- |
| Ambito di intervento del Progetto di Utilità Collettiva | * Sociale * Culturale o artistico * Formativo * Ambientale * Beni comuni * Altro (specificare) ………………………………………………… |
| Oggetto dell’attività (breve descrizione: in cosa consiste, in quale servizio, progetto è inserita, cosa dovrebbe fare il beneficiario, con chi dovrebbe entrare in relazione, che utilità sociale viene generata dal beneficiario, ecc.) |  |
| Numero postazioni attivabili all’interno del Progetto (ovvero quante persone possono essere coinvolte CONTEMPORANEAMENTE) |  |
| Sede principale dell’attività |  |
| Ore mensili medie di attività |  |
| Durata in mesi ed eventuali mesi di attività  (indicare se l’attività si svolge in precisi periodi dell’anno) |  |
| Fascia oraria prevalente dell’attività (indicare una o più opzioni) | * Mattino * Pomeriggio * Sera/notte * Giorni feriali * Sabato e festivi   Note: |
| Eventuali requisiti, abilità e competenze necessari per svolgere l’attività (es. patente, lingua italiana, utilizzo PC, ecc.) |  |
| Necessità di visita medica e di formazione per la sicurezza | * Visita medica * Formazione di base per la sicurezza * Formazione specifica per la sicurezza |
| Eventuali strumenti ad uso personale dei beneficiari necessari per lo svolgimento delle attività (indicarne la disponibilità o meno) |  |
| Eventuali strumenti ad uso collettivo necessari per lo svolgimento delle attività (indicarne la disponibilità o meno) |  |
| Responsabile per l’attività e tutor (nome, cognome, telefono, mail) |  |