



Allegato 2

Manifestazione di interesse per la definizione del partenariato – capofila Ambito Territoriale N19- necessario alla presentazione di una proposta progettuale di cui all’ Avviso non competitivo

I.T.I.A. INTESE TERRITORIALI DI INCLUSIONE ATTIVA

P.O.R. CAMPANIA FSE 2014-2020, ASSE II OBIETTIVI SPECIFICI 6 -7, AZIONI 9.1.2 - 9.1.3 - 9.2.1 - 9.2.2
APPROVATO CON DD n.191 del 22.06.2018
(DGR n. 317 del 31/05/2017)

TITOLO DEL PROGETTO

1. Terzo Settore

(A sensi del D.lgs 3 luglio 2017, n. 117 “Codice del Terzo Settore”, art. 3 dell’ Avviso)

| | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Denominazione | | |
| Natura giuridica | | |
| Indirizzo sede legale | | |
| Indirizzo sede operativa | Via e n. civico | |
| | Città | |
| | CAP | |
| Telefono sede operativa | | |
| Indirizzo PEC | | |
| Codice Fiscale/Partita IVA | | |
| Cognome e nome del Legale Rappresentante | | |
| Numero iscrizione al vigente registro regionale o nazionale di riferimento. | Registro nazionale n. | Registro regionale n. |

2. Soggetto promotore dei tirocini



Allegato 2

(Ai sensi dell'art. 25, Reg. regionale 2 aprile 2010, n 9 e ss.mm.ii., art. 3 dell'Avviso di cui al D.D. 191 del 22.06.2018)

| | | |
|--|-----------------|--|
| Denominazione | | |
| Natura giuridica | | |
| Indirizzo sede legale | | |
| Indirizzo sede operativa | Via e n. civico | |
| | Città | |
| | CAP | |
| Telefono sede operativa | | |
| Indirizzo PEC | | |
| Codice Fiscale/Partita IVA | | |
| Cognome e nome del Legale Rappresentante | | |

3. Soggetto erogatore dei servizi di empowerment: percorsi formativi e/o servizi di sostegno orientativo

(accreditato ai sensi della DGR n. 242/2013 e ss.mm.ii.)

| | | |
|--|---|--|
| Denominazione | | |
| Natura giuridica | | |
| Indirizzo sede legale | | |
| Indirizzo sede operativa | Via e n. civico | |
| | Città | |
| | CAP | |
| Telefono sede operativa | | |
| Indirizzo PEC | | |
| Codice Fiscale/Partita IVA | | |
| Cognome e nome del Legale Rappresentante | | |
| Codice di accreditamento (barrare la tipologia di accreditamento) | percorsi formativi, rif. _____ servizi di sostegno orientativo, rif. _____ | |



Allegato 2

| | |
|--|-------|
| | _____ |
|--|-------|

4. Partner

(Facoltativo, ai sensi dell'art. 3 dell'avviso)

| | | |
|---|--------------------|--|
| Denominazione | | |
| Natura giuridica | | |
| Tipologia <i>(tra quelle previste dall'art. 3 dell'avviso)</i> | | |
| Indirizzo sede legale | | |
| Indirizzo sede operativa | Via e n. Civico | |
| | Città | |
| | Cap | |
| Telefono sede operativa | | |
| Indirizzo pec | | |
| Codice fiscale/partita iva | | |
| Cognome e nome del legale rappresentante | | |

6. Partner

(Facoltativo, ai sensi dell'art. 3 dell'avviso)

| | | |
|---|--------------------|--|
| Denominazione | | |
| Natura giuridica | | |
| Tipologia <i>(tra quelle previste dall'art. 3 dell'avviso)</i> | | |
| Indirizzo sede legale | | |
| Indirizzo sede operativa | Via e n. Civico | |
| | Città | |
| | Cap | |
| Telefono sede operativa | | |
| Indirizzo pec | | |



Allegato 2

| | |
|--|--|
| Codice fiscale/partita iva | |
| Cognome e nome del legale rappresentante | |

QUALITÀ DELLA PROPOSTA PROGETTUALE

Descrivere dettagliatamente l’Azione A) *Servizi di supporto alle famiglie*, le attività che si intendono realizzare (sostegno alla genitorialità e/o servizi di educativa territoriale e domiciliare e/o attività di tutoring specialistico e/o altri servizi di supporto all’inclusione), le caratteristiche e il numero stimato dei destinatari, la durata, gli strumenti e le metodologie adottate

Descrivere l’Azione B) *Percorsi di empowerment*, dettagliando con riferimento ai *Percorsi formativi e/o ai Servizi di sostegno orientativo* (I e II livello) le attività che si intendono realizzare, le caratteristiche e il numero stimato dei destinatari, la durata, gli strumenti e le metodologie adottate, nel rispetto della normativa di riferimento (c.f.r. DGR. n. 242/2013 e ss.mm.ii., DGR. n. 223/2014, DGR. n. 314/2016, DGR. n. 808/2015)

Descrivere dettagliatamente, con riferimento all’Azione C) *Tirocini di Inclusione Sociale, rivolti alle persone svantaggiate maggiormente vulnerabili (tossicodipendenti, alcolisti, vittime di violenza ecc..)*, le attività che si intendono realizzare, le caratteristiche e il numero stimato dei destinatari, le modalità di individuazione degli stessi, la durata, gli strumenti e le metodologie adottate, nel rispetto della normativa di riferimento (c.f.r. Linee guida approvate in sede di Conferenza Stato Regioni, di cui all’ Accordo rep. 7 del 22 gennaio 2015, recepite dalla Regione Campania con D.G.R. n. 103 del 20/02/2018, di modifica del Regolamento regionale 2 aprile 2010, n 9)

Descrivere dettagliatamente, con riferimento ai percorsi di *Tirocini rivolti alle persone con disabilità*, le caratteristiche e il numero stimato dei destinatari, le modalità di individuazione degli stessi, la durata, gli strumenti e le metodologie adottate, nel rispetto della normativa di riferimento (c.f.r. Linee guida approvate in sede di Conferenza Stato Regioni, di cui all’ Accordo rep. 7 del 22 gennaio 2015, recepite dalla Regione Campania con D.G.R. n. 103 del 20/02/2018, di modifica del Regolamento regionale 2 aprile 2010, n 9)



Allegato 2

Descrivere la strategia di comunicazione e sensibilizzazione, gli strumenti e le modalità che si intendono utilizzare per promuovere le attività previste e coinvolgere i destinatari delle stesse

Descrivere il piano di monitoraggio e valutazione, con particolare riferimento all'attuazione delle singole attività e al raggiungimento degli obiettivi previsti

Descrivere le potenzialità dell'intervento in coerenza con i principi di non discriminazione e pari opportunità, nonché di sviluppo sostenibile

EFFICACIA POTENZIALE E SOSTENIBILITÀ

Descrivere gli aspetti innovativi della proposta in termini di strumenti, metodologie e strategie d'intervento

Descrivere il contesto territoriale di riferimento, specificando come l'intervento risponda ai bisogni rilevati

CRONOPROGRAMMA

Indicare la *durata in mesi* dell'intervento, descrivendo l'articolazione temporale delle diverse attività, anche in parallelo (riportare la sintesi nella tabella sottostante)

Tabella di sintesi

| MESE | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Azione A) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Attività a ...</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Allegato 2

PIANO DEI COSTI

Compilare il Piano dei Costi in coerenza con le attività progettate e nel rispetto di quanto stabilito dalle Linee Guida dei Beneficiari, allegata al Manuale delle procedure di gestione del POR Campania FSE 2014-2010, approvato con D.D. n. 148 del 30/12/2016 e ss.mm.ii., disponibile sul sito della Regione Campania <http://www.regione.campania.it>

Il Piano dei Costi del progetto comprende le voci di spesa relative alle attività che si decide di realizzare, nell'ambito del Centro Territoriale di Inclusione, con riferimento alle tre azioni previste:

- Azione A) Servizi di supporto alle famiglie (Azione 9.1.2);
- Azione B) Percorsi di empowerment (Azione 9.1.3);
- Azione C) Tirocini finalizzati all'inclusione sociale (Azioni 9.1.3, 9.2.1, 9.2.2).

Costo Azione A) Servizi di supporto alle famiglie €. _____

| A – Costo Totale = B (Costi Diretti) + C (Costi Indiretti) | | | | |
|--|--------------------------|------|---|---------|
| B - Costi Diretti | | | | |
| | Macrovoce | Voce | Descrizione | Importo |
| B1 | Preparazione | | Indagine preliminare di mercato (<i>massimo il 3% del costo totale richiesto per i Servizi di supporto alle famiglie</i>) | |
| | | | Ideazione e progettazione (<i>massimo il 4% del costo totale richiesto per i Servizi di supporto alle famiglie</i>) | |
| | | | Pubblicizzazione e promozione del progetto | |
| | | | Formazione del personale | |
| | | | Fidejussioni/Cauzioni | |
| | | | Spese di costituzione ATI/ATS | |
| | | | Altro (<i>può essere specificata una singola voce di costo che non sia già prevista dal Piano</i>) | |
| | | | Totale Preparazione | |
| B2 | Realizzazione | | | |
| | | | Personale Interno | |
| | | | Collaboratori Esterni | |
| | | | Spese di viaggio, trasferte, rimborsi personale | |
| | | | Materiale di consumo per il progetto | |
| | | | Fornitura per ufficio e cancelleria | |
| | | | Utilizzo locali e attrezzature per l'attività programmata | |
| | | | Spese per assicurazioni | |
| | | | Altro (<i>può essere specificata una singola voce di costo che non sia già prevista dal Piano</i>)..... | |
| | | | Totale realizzazione | |
| B3 | Diffusione dei risultati | | | |
| | | | Elaborazione report relativi all'azione | |
| | | | Incontri e seminari | |
| | | | Pubblicazione risultati | |



Allegato 2

| | | | | |
|---|-------------------------|--|---|--|
| | | | <i>Altro (può essere specificata una singola voce di costo che non sia già prevista dal Piano).....</i> | |
| | | | Totale diffusione dei risultati | |
| B4 | Direzione e valutazione | | Direzione del progetto (<i>massimo il 7% del costo totale richiesto per i Servizi di supporto alle famiglie</i>) | |
| | | | Coordinamento del progetto (<i>massimo il 15% del costo totale richiesto per i Servizi di supporto alle famiglie</i>) | |
| | | | Valutazione del progetto | |
| | | | Comitato Tecnico | |
| | | | Attività di Amministrazione | |
| | | | Segreteria tecnica organizzativa | |
| | | | Monitoraggio fisico-finanziario e rendicontazione | |
| | | | <i>Altro (può essere specificata una singola voce di costo che non sia già prevista dal Piano).....</i> | |
| | | | Totale direzione e controllo interno | |
| Totale Costi Diretti (B1 + B2 +B3 +B4) | | | | |
| Totale Costi Diretti del personale | | | | |
| Il totale del personale è pari alla sommatoria dei costi riferiti alle seguenti voci di costo, nell'ambito delle macrovoci B1, B2, B3 e B4: | | | | |
| <i>B1: Indagine preliminare di mercato, Ideazione e progettazione, Formazione del personale</i> | | | | |
| <i>B2: Personale interno, Collaboratori esterni</i> | | | | |
| <i>B3: Elaborazione report relativi all'azione</i> | | | | |
| <i>B4: Direzione del progetto, Coordinamento del progetto, Valutazione del progetto, Comitato Tecnico, Attività di Amministrazione, Segreteria tecnica organizzativa, Monitoraggio fisico-finanziario e rendicontazione</i> | | | | |
| C - Totale Costi Indiretti | | | | |
| (Max 15% del totale dei costi diretti del personale previsti nella macrovoce B) | | | | |
| <i>I soli costi indiretti sono calcolati su base forfettaria, in conformità all'art. 68, lettera b del Reg. (UE) n. 1303/2013, fino ad un massimo pari al 15% del totale dei costi diretti del personale previsti nella macrovoce B. Tra tali costi si comprendono di norma le spese per cui è difficile determinare esattamente l'importo attribuibile a un'attività specifica come le spese amministrative e/o per il personale (per es: costi per il contabile o il personale di pulizia; utenze ecc.)</i> | | | | |

Costo Azione B) Percorsi di empowerment/ Percorsi formativi €.

(Modalità di applicazione delle UCS a processo, determinato come da tabella standard di costi unitari sottostante, di cui all'art. 12 dell'Avviso)

Indicare, per ciascuna tipologia di percorso formativo che si intende attivare, la denominazione, il numero dei destinatari, il numero delle ore ed il costo relativo. Il costo di ciascun percorso formativo è determinato sulla base della seguente formula: € 117,00 (UCS ora corso riferito alla fascia di docenza B) x n. totale ore corso + €. 0.80 (UCS ora allievo) x



Allegato 2

monte ore totale di presenza allievi + indennità allievi (€ 8,15 x monte ore totale di presenza allievi, da rendicontare a costi reali)

| Denominazione del percorso formativo | N destinatari | N ore | Costo α) € 117,00 x n. totale ore corso + (€ 0.80 x n destinatari x n. totale ore corso) | Costo indennità allievi β) (€ 8,15 x n destinatari x n. totale ore corso) | Costo totale per ciascun percorso formativo α) + β) |
|--------------------------------------|---------------|-------|---|---|--|
| | | | €. | €. | €. |
| | | | €. | €. | €. |
| Costo totale Percorsi formativi | | | €. | €. | €. |

Costo Azione B) Percorsi di empowerment/ Servizi di sostegno orientativo €.

_____ (Modalità di applicazione delle UCS a processo, UCS riferita ad 1 ora di prestazione, modalità di erogazione individualizzata in presenza del destinatario; prestazione erogata sulla base del rapporto 1 operatore per 1 destinatario, come da tabella standard di costi unitari sottostante, di cui all'art. 12 dell'Avviso)

Indicare, per ciascuna tipologia del/i servizio/i che si intende attivare, il numero di operatori coinvolti, il numero di destinatari, il numero di ore previste ed il costo relativo. Il costo di ciascun servizio è determinato sulla base della seguente formula: UCS ora/ prestazione individuale x n. totale ore di prestazione erogate.

| Tipologia di servizio (compilare per una o entrambe le tipologie) | N operatori | N destinatari | UCS | Totale ore erogate | Costo totale (UCS x n. totale ore) |
|--|-------------|---------------|-------------|--------------------|------------------------------------|
| Sostegno orientativo I livello - max 2 h per destinatario (presa in carico, colloquio individuale, profiling, consulenza orientativa) | | | €. 34,00 | | €. |
| Sostegno orientativo II livello - max 4 h per destinatario (orientamento specialistico, percorsi di facilitazione, consulenza specialistica) | | | €. 35,50 | | €. |
| Costo totale Sostegno orientativo | | | | | €. |

Costo Azione C) Tirocini di inclusione sociale €.

_____ (Modalità di applicazione delle UCS a processo, determinato come da tabella standard di costi unitari, di cui all'art. 12 dell'Avviso)



Allegato 2

Il costo complessivo dei tirocini è pari alla somma dei costi di promozione più l'indennità riconosciuta ai destinatari. L'importo riconosciuto all'ente promotore è determinato dal prodotto tra il numero di tirocinanti per il valore dell'UCS, pari a €. 500,00, assumendo come riferimento la fascia di profilatura dei destinatari "molto alta", in ragione del livello di svantaggio degli stessi. Il costo dell'indennità riconosciuta a ciascun tirocinante è pari a €. 500,00 x 24 mesi di tirocinio ed è rendicontata a costi reali.

| Numero destinatari | Costo Promozione α) (€.500,00 x n. destinatari) | Totale indennità destinatari β) (€.500,00 x n. destinatari x 24 mesi) | Costo totale α) + β) |
|--|--|---|-------------------------------------|
| | €. | €. | €. |
| Numero destinatari con disabilità | Costo Promozione α) (€.500,00 x n. destinatari) | Totale indennità destinatari β) (€.500,00 x n. destinatari x 24 mesi) | Costo totale α) + β) |
| | €. | €. | €. |
| Costo totale Azione C) Tirocini di inclusione | | | €. |

Costo totale del progetto distinto per azione

| | |
|------------------------------|-----------------|
| Costo totale Azione A) | €. _____ |
| Costo totale Azione B) | €. _____ |
| Costo totale Azione C) | €. _____ |
| Costo Totale progetto | €. _____ |

Data

Firma del legale rappresentante
