**OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALL’INDIVIDUAZIONE DI SOGGETTI DEL TERZO SETTORE DISPONIBILI ALLA CO-PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DELL’INTERVENTO “S.G.M -SOSTEGNO ALLE VITTIME DI REATO, GIUSTIZIA RIPARATIVA E MEDIAZIONE PENALE IN CAMPANIA” AI SENSI DEL D.LGS. 117/2017 (n. 459 del 19/10/2021). CUP B29J21024520003**

**Linea di Azione 2) “Assistenza alle vittime di reato”**

# FORMULARIO DI PROGETTO

# TITOLO DEL PROGETTO

1. **SOGGETTO PROPONENTE**

|  |
| --- |
| [ ]  Soggetto del Terzo Settore, di cui all’art. 4 del D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117 “Codice del Terzo Settore” |
| [ ]  In qualità di soggetto capofila del partenariato, in caso di raggruppamento |
| 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 |  |

# Partner 1, 2…n

(Da compilare per ciascun partner in caso di raggruppamento)

|  |
| --- |
| [ ]  Soggetto del Terzo Settore, di cui all’art. 4 del D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117 “Codice del Terzo Settore” |
| 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 |  |

# QUALITÀ DELLA PROPOSTA PROGETTUALE

B1. Descrivere l’articolazione del progetto che si intende realizzare, specificando l’obiettivo strategico e i risultati attesi, anche con riferimento alle tempistiche relative alle singole attività

|  |
| --- |
|  |

B2. Descrivere gli interventi di assistenza alle vittime di reato che si intendono realizzare, il numero, la tipologia dei destinatari interessati e le modalità di coinvolgimento degli stessi

|  |
| --- |
|  |

B3. Descrivere il gruppo di lavoro proposto, le modalità di organizzazione e di interazione con i diversi soggetti coinvolti nel progetto. Specificare, per ciascuna risorsa il ruolo nel progetto, il profilo professionale e le esperienze maturate nelle materie oggetto dell’Avviso, specificando il committente ed il periodo di attività svolta

|  |
| --- |
|  |

B4 Descrivere le modalità di gestione ed organizzazione delle attività e le modalità di raccordo con gli uffici regionali del Ministero della Giustizia e/o degli Enti Locali titolari dei servizi di Assistenza sociale

|  |
| --- |
|  |
| N | Ruolo nel progetto | Profilo professionale | Esperienze nelle materie oggetto dell'Avviso (indicare il n di anni/mesi per ciascuna esperienza | N | Ruolo nel progetto |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

B5. Descrivere gli aspetti innovativi della proposta in termini di servizi offerti, strumenti, metodologie e strategie d'intervento.

|  |
| --- |
|  |

B6. Descrivere il piano di monitoraggio e valutazione, con particolare riferimento all’attuazione delle singole attività e al raggiungimento degli obiettivi previsti.

|  |
| --- |
|  |

B7. Descrivere le reti dei soggetti del territorio che si intendono coinvolgere nel progetto a supporto dell’assistenza alle vittime di reato e le modalità di attivazione delle stesse.

|  |
| --- |
|  |

# CRONOPROGRAMMA

Indicare l’articolazione temporale del progetto (max 24 mesi), specificando le diverse attività e servizi erogati (max 21 mesi), anche in parallelo.

|  |  |
| --- | --- |
| Interventi di giustizia riparativa e mediazione penale | MESE |
| Percorso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 11 | 12 |
| Attività 1: … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Attività 2: … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Attività 3: … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



Allegato C2

# PIANO FINANZIARIO

Compilare il budget sottostante, nel rispetto dei massimali indicati nell’art. 6 Avviso Pubblico

|  |
| --- |
| **A) Spese ammissibili Personale** |
| Attività | Tipologia figure professionali | Numero | N ore | Costo orario lordo | Importo Totale |
| Supporto psicologico *(max €. 25/h)* |  |  |  |  |  |
| Tutoring specialistico (max €. 25/h) |  |  |  |  |  |
|  Consulenza legale (max €. 25/h) |  |  |  |  |  |
| Assistente sociale (max €. 25/h) |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **B) Spese di gestione** |
| Descrizione | Importo (max. € 1.000) |
|  |  |

.



Allegato C2

Il sottoscritto/a in qualità di legale rappresentante del soggetto proponente, dichiara, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e con la espressa consapevolezza di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del medesimo DPR, rispettivamente sulle conseguenze civili e penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, che quanto sopra riportato nella presente proposta progettuale corrisponde al vero

Firma del Legale Rappresentante

(in caso di raggruppamento firma del legale rappresentante del soggetto capofila)