



UNIONE EUROPEA

Allegato A

AVVISO PUBBLICO PER LA REALIZZAZIONE DI UN PIANO INTEGRATO PER SOSTENERE L'INCLUSIONE SOCIALE, L'OCCUPABILITÀ DELL'AREA NORD DELLA CITTA' DI NAPOLI"

Formulario

Tipologia di azione

- A
- B

TITOLO DEL PROGETTO

SOGGETTO ATTUATORE IN FORMA DI A.T.S.

Soggetto gestore/capofila:  
(Organismo di Formazione in regola con le procedure di accreditamento )

\_\_\_\_\_

Altri soggetti , obbligatoriamente presenti ( almeno due),aderenti all'A.T.S.:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Altri soggetti , facoltativamente presenti,aderenti all'A.T.S.:

-----

-----

SEZIONE A

SCHEDA RIASSUNTIVA DEI SOGGETTI ADERENTI ALL' A. T. S.

Soggetto attuatore in forma A.T.S. (Soggetto gestore/capofila)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

DATI GENERALI ED ANAGRAFICI

Denominazione: \_\_\_\_\_

Attività principale: \_\_\_\_\_

Sede Legale: Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_/\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_/\_\_\_\_ eM@il \_\_\_\_\_

Sede Fiscale: Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_/\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_/\_\_\_\_ eM@il \_\_\_\_\_

Sede Operativa: Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_/\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_/\_\_\_\_ eM@il \_\_\_\_\_

Coordinate Bancarie \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Rappresentante legale  
\_\_\_\_\_

Referente del progetto \_\_\_\_\_

Soggetto partner 1			
Denominazione:			
Natura giuridica:			
Rappresentante legale:			
Indirizzo sede legale:			
Città:		Prov.:	
Cap:	Tel.:	Fax:	
eM@il:			

Soggetto partner 2			
Denominazione:			
Natura giuridica:			
Rappresentante legale:			
Indirizzo sede legale:			
Città:		Provincia.:	
Cap:	Tel.:	Fax:	
eM@il:			

Soggetto partner 3			
Denominazione:			
Natura giuridica:			
Rappresentante legale:			
Indirizzo sede legale:			
Città:		Prov.:	
Cap:	Tel.:	Fax:	
eM@il:			

*Aggiungere altra/e casella/e se I soggetti partner risultano in numero maggiore.*

#### **RUOLO E FUNZIONI ALL'INTERNO DEL PROGETTO DEI SOGGETTI ADERENTI ALL'A.T.S.**

Ruolo e funzioni di ogni soggetto partner all'interno del progetto nonché delle risorse disponibili per l'attuazione delle attività (specificare nel dettaglio):



Sezione B

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

B.1 Motivazioni dell'intervento ( individuazione dei bisogni e modalità di selezione dei partecipanti e eventuali collegamenti con altri progetti attivati dal proponente o da altri soggetti del territorio)

B.2 Descrivere gli obiettivi specifici ed i risultati attesi:

B.3 Durata del progetto e suddivisione in moduli:

Durata complessiva: n° ore \_\_\_\_\_

Data di avvio prevista \_\_\_\_\_

Data di conclusione prevista \_\_\_\_\_

Moduli e relativi tempi di attuazione, come da cronogramma (a partire dalla data della stipula dell'Atto di Concessione)

Titoli e durata dei moduli \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

**B.4 Numero dei docenti /formatori/consulenti/esperti coinvolti per ogni modulo e competenze possedute da ciascuno**

**B.5 Metodologia/e di intervento per la realizzazione degli obiettivi specifici del progetto:**

**B.6 Strumenti, materiale didattico e risorse tecnologiche da utilizzare.**

**B.7 Modulo di accompagnamento a favore dei genitori dei partecipanti ai moduli descritti nei riquadri precedenti. ( Solo per la tipologia A)**

**B.8 Descrizione dei momenti di interazione tra genitori e figli all'interno dei moduli proposti.**  
( Solo per la tipologia A)

**B.9 Sistema di monitoraggio e valutazione di processo e di prodotto**

SEZIONE C

CRONOGRAMMA

*Indicare ciascuna fase procedurale partendo dalla data della stipula dell'Atto di Concessione*

Attività \ Periodo	Data:	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre
	Data stipula Atto di Concessione	X																							

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_