

Domanda di candidatura Fondo Lotta alle droghe E.F. 2002 - **Allegato "B"****Soggetto promotore del progetto:**

Il sottoscritto (nome e cognome) _____

In qualità di legale rappresentante di: _____

Ragione Sociale: _____

Natura Giuridica : _____

Indirizzo: _____

Tel. _____ Fax _____

Codice Fiscale _____ Partita I.V.A. _____

Istituto di Credito _____

Codice IBAN _____

Chiede

di essere ammesso al finanziamento del progetto a valere sul Fondo Nazionale di Intervento per la "Lotta alle Droghe" per l'esercizio finanziario 2002 della Regione Campania pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regionale n. _____ del _____.

A tal fine dichiara:**Titolo del progetto:** _____**Durata del progetto:** _____**Contributo richiesto: €** _____**Settore d'intervento (AZIONE) :** (barrare la casella relativa)

- Unità Mobili, anche per terapie farmacologiche;
- Centro ascolto;
- Case a metà strada;
- Gruppi di auto aiuto;
- Auto/aiuto;

- Centri di accoglienza;
- Attività di cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche non farmacologiche;
- Interventi rivolti a nuovi stili di droga;
- Progetti, coerenti con le strategie regionali, che prevedono azioni tendenti a dare robustezza e presenza efficace alla unità centrale di coordinamento delle attività sul territorio ASL (Dipartimento per le Dipendenze e/o Area di Coordinamento Ser.T.).

Partner:

Nome _____

Tipologia _____

Accordo di partenariato: SI NO

Dichiarazioni

Dichiara che la struttura proponente, in qualità di capofila, si assume la responsabilità delle attività ai fini amministrativi.

Dichiara che il contributo richiesto è così suddiviso tra i partner:

Dichiara che realizzerà il progetto nel rispetto delle normative di legge in materia di contratti di lavoro e di sicurezza e tutela delle condizioni di lavoro.

Dichiara che il progetto, se prevede accoglienza diurna e/o residenziale, osserva quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio e funzionamento

Dichiara che per gli anni precedenti ha ottenuto i seguenti finanziamenti a valere sul Fondo Lotta alla Droga:

(da non compilare se non si sono ottenuti finanziamenti):

Annualità	Titolo progetto	Capofila/ Partner (*)	Esito(**)	Importo finanziato	Stato attuale(***)
1996		C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>			
1997		C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>			

1998		C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>			
1999		C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>			
2000		C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>			
2001		C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>			

(*) Barrare, rispettivamente “C” o “P” se la partecipazione al progetto è o è stata in qualità di capofila o di partner.

(**) Ammesso – non ammesso – Finanziato – Non finanziato.

(***) Concluso – in itinere.

Firma del legale rappresentante
(autocertificazione con ammonimento ai sensi
dell’art.76 del d.P.R. 445/2000)

(Allegare copia del documento di riconoscimento)

Partner:

Nome: _____

Ragione sociale: _____

Tipologia dell'Ente:

- ASL
- Ente Locale
- Ente Ausiliario
- Associazione di Volontariato
- Cooperativa Sociale

Sede Legale: _____

Indirizzo : _____

Città: _____

Telefono: _____

Fax _____

e.mail: _____

Codice Fiscale: _____

P.I.: _____

Rappresentante Legale:

Cognome e Nome: _____

Telefono: _____ Fax: _____

Cell.: _____

(da ripetersi per ciascun Partner)

Dove si attua il Progetto

Cosa vuole realizzare il Progetto

Quanto dura il Progetto e le sue fasi

Quale coinvolgimento delle risorse territoriali prevede

Come viene misurata l'efficacia del Progetto

Coerenza del piano finanziario: congruità dei costi delle singole componenti del progetto, rapporto fra risorse da impiegare e costi da sostenere:

Spese per il personale (A):

Figura professionale prevista	Costo/ora	Ore previste	Costo totale		
				Totale	Percentuale su totale richiesto

Attrezzature (B):

Descrizione	Quantità	Costo		
			Totale	Percentuale su totale richiesto

Materiale didattico e di cancelleria (C):

Descrizione	Quantità	Costo		
			Totale	Percentuale su totale richiesto

Costi di gestione e di funzionamento (D):

Descrizione	Costo
-------------	-------

Totale	Percentuale su totale richiesto
--------	------------------------------------

Altri costi (E):

Descrizione	Costo

Totale	Percentuale su totale richiesto
--------	------------------------------------

Importo complessivo (A+B+C+D+E)

€.....

Firma del legale Rappresentante
(Autocertificata con ammonizione, ai sensi
dell'art.76 del d.P.R. 445/2000)

.....

(Allegare copia del documento di riconoscimento)