**ALLEGATO C**

# PROPOSTA PROGETTUALE

**DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL’ASSETTO GESTIONALE E DEI SERVIZI OFFERTI**

*Descrivere gli interventi previsti dalla rete distinguendo il ruolo dell’Hub e di tutti gli Spoke evidenziando e descrivendo le modalità attuative per i servizi di base e per quelli integrativi. Descrivere, inoltre,* *le metodologie di intervento e l’organizzazione delle attività (es. orari di apertura, numero e tipologia di personale impiegato, struttura, …) secondo le indicazioni della DGR 4431/2025. In particolare, nella descrizione dei servizi integrativi, si chiede di indicare la tipologia ed il numero di destinatari a cui ci si rivolge. Si chiede di dettagliare anche le azioni che prevedono un coinvolgimento attivo delle famiglie. Indicare se si prevede di richiedere ai destinatari delle attività una compartecipazione economica.*

**Attività dell’Hub**: descrivere gli interventi dell’Hub. Indicare se svolge servizi integrativi e quali secondo lo schema sotto indicato.

**Attività degli Spoke**: per ogni Spoke presente si dovranno descrivere i servizi base svolti e i servizi integrativi e le attività ulteriori esplicitando le esigenze peculiari a cui si intende rispondere. Dovrà inoltre essere indicato il personale impiegato per lo svolgimento delle attività e se le attività prevedono collaborazioni strutturate con soggetti non in rete.

**Tipologia di attività**

* alfabetizzazione mediatica e digitale (art. 2 Riparto Fondo Famiglia 2024)
* prevenzione sostanze psicotrope (art. 2 Riparto Fondo Famiglia 2024)
* invecchiamento attivo (art. 2 Riparto Fondo Famiglia 2024)
* Informazione orientamento alle famiglie, ascolto di bisogni
* Competenze genitoriali (es. problemi educativo-relazionali con i figli, scolastici, di salute)
* Fasi di transizione vita familiare contrasti familiari e generazionali; lutti; separazioni conflittuali; vulnerabilità genitoriale
* Disagio minori, comportamenti a rischio, bullismo
* Supporto delle famiglie che vivono la problematica Hikikomori
* Conciliazione vita-lavoro
* Cittadinanza attiva/Empowerment
* Caregiver familiare ai sensi lr 23/22
* Povertà educativa
* Formazione aggiornamento operatori rete/insegnati
* Violenza maschile contro le donne
* Accesso alle misure di sostegno alle famiglie promosse da RL (es. Accanto)

**Tipologia di servizio**

* consulenza psico-pedagogica/homevisiting
* eventi formativi/informativi/per la cittadinanza
* incontri gruppo/auto mutuo aiuto/ascolto
* incontri intergenerazionali
* laboratorio
* parent coaching
* spazio accoglienza/socializzazione
* sportello informativo/orientamento/promozione/coordinamento

HUB o SPOKE (indicare quale dei due):

servizi base:

*Descrizione attività*

*Tipologia di attività (scegliere una tra le voci in elenco)*

*Tipologia di servizio (scegliere una tra le voci in elenco)*

*Tempistica di realizzazione*

*N° e tipologia di personale impiegato*

*Ore di servizio totali*

*Partner coinvolti e budget ipotizzato*

*Tipologia e numero di destinatari previsti (precisare se nuclei famigliari o singoli)*

Servizi integrativi:

*1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (titolo) – Codice identificativo*

*Descrizione attività (indicando se si tratta di nuovo intervento oppure se interventi già presenti messi in rete)*

*Tipologia di attività (scegliere una tra le voci in elenco)*

*Tipologia di servizio (scegliere una tra le voci in elenco)*

*Tempistica di realizzazione*

*Obiettivo specifico e risultato atteso*

*N° e tipologia di personale impiegato*

*Ore di servizio totali*

*Partner coinvolti e budget ipotizzato*

*Tipologia e numero di destinatari previsti (precisare se nuclei famigliari o singoli)*

…………………

HUB o SPOKE (indicare quale dei due):

servizi base:

*Descrizione attività*

*Tipologia di attività (scegliere una tra le voci in elenco)*

*Tipologia di servizio (scegliere una tra le voci in elenco)*

*Tempistica di realizzazione*

*N° e tipologia di personale impiegato*

*Ore di servizio totali*

*Partner coinvolti e budget ipotizzato*

*Tipologia e numero di destinatari previsti (precisare se nuclei famigliari o singoli)*

Servizi integrativi:

*1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (titolo) – Codice identificativo*

*Descrizione (indicando se si tratta di nuovo intervento oppure se interventi già presenti messi in rete)*

*Tipologia di attività (scegliere una tra le voci in elenco)*

*Tipologia di servizio (scegliere una tra le voci in elenco)*

*Tempistica di realizzazione*

*Obiettivo specifico e risultato atteso*

*N° e tipologia di personale impiegato*

*Ore di servizio totali*

*Partner coinvolti e budget ipotizzato*

*Tipologia e numero di destinatari previsti (precisare se nuclei famigliari o singoli)*

…………………

**PERSONALE DEDICATO** (descrivere i profili professionali individuati/l’attività di riferimento e se lavorano per hub, spoke o entrambi)

|  |
| --- |
|  |

**SEDI E MODALITA’ DI COMUNICAZIONE** (descrivere per ciascuna sede, specificando se Hub o spoke indirizzo, orari, telefono, mail, sito web e modalità di accesso da parte delle famiglie nel caso di spazi condivisi con altri servizi indicare le modalità di condivisione)

|  |
| --- |
|  |

**FASI DEL PROGETTO**

*Indicare per ciascuna fase del progetto: gli obiettivi, le attività (specificando se servizi di base o integrativi e, in tal caso inserire il numero indicato nella tabella precedente) previste ed i risultati corrispondenti (compilare una riga per ogni fase del progetto)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fase** | **Durata** | **Obiettivo** | **Attività previste** | **Risultati attesi** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**STRUMENTI E INDICATORI DI MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLE ATTIVITA’**

|  |
| --- |
|  |

**Piano dei conti**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***VOCI DI COSTO*** | ***IMPORTO*** | |
| **A** | *Costi del personale interno ed esterno* | *€* |
| ***B*** | *Altri costi (diretti diversi dal personale e indiretti)\** | *€* |
| ***C*** | **TOTALE CONTRIBUTO PUBBLICO** al massimo 70% del costo totale ammissibile | *€* [C=A+B] |
| ***D*** | Valorizzazione di personale già dipendente degli enti appartenenti alla rete impiegato nell’attuazione del progetto | *€* |
| ***E*** | Valorizzazione del lavoro volontario | *€* |
| ***F*** | Quota economica | *€* |
| ***G*** | **TOTALE COFINANZIAMENTO** del capofila e dei partner effettivi (almeno 30% del costo totale ammissibile) | *€* [G=D+E+F] |
| ***H*** | **TOTALE COSTO PROGETTO** | *€ [H=C+G]* |

\* Sono consentiti acquisti di beni/attrezzature fino ad un massimo del 20% del contributo regionale.

Il Legale Rappresentante o Soggetto delegato alla firma