



**Ambito  
Territoriale n.12  
Sociale**

Agugliano  
Camerata Picena  
Chiaravalle  
Falconara Marittima  
Montemarciano  
Monte San Vito  
Polverigi

**ALLEGATO B**

**ALL'ENTE CAPOFILA  
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N 12  
DI FALCONARA MARITTIMA**

**L.R. N. 3/2018 - DGR nn.1689/2020 e 1481/2021 - "ISTITUZIONE DEL SERVIZIO CIVILE VOLONTARIO DEGLI ANZIANI".**

**"SERVIZIO CIVILE VOLONTARIO DEGLI ANZIANI"  
SCHEMA PROGETTO  
ANNUALITA' 2019/2020**

**1. Progetto**

**1.1 Titolo del progetto**

**1.2 Ente titolare del progetto**

Denominazione dell'Ente:

Rappresentante Legale:

Indirizzo sede:

Telefono:

E-mail:

PEC:

Isritto al registro/elenco regionale con decreto regionale n.....del.....

*(solo se Ente privato ai sensi dell'art. 9 delle DGR nn.1689/2020 e 1481/2021)*

**1.3 Responsabile del progetto (soggetto che firma il presente allegato)**

Rappresentante legale

Cognome e nome:

Indirizzo sede:

Telefono:

E-mail:

**Regione Marche - Ambito Territoriale Sociale 12**

Comuni di: *Falconara M.ma* (Capofila)  
Agugliano, Camerata Picena, Chiaravalle,  
Monte San Vito, Montemarciano e Polverigi

Ufficio di Ambito: tel 071.9177545-6-7-8 fax 071.9177326  
ambitosociale12@comune.falconara-marittima.an.it



PEC:

Referente amministrativo:

Cognome e nome:

Indirizzo sede:

Telefono:

E-mail:

PEC:

**1.4 Ambito d'intervento del progetto, art. 3 LR n.3/2018** *(selezionare l'ambito d'intervento considerando gli ambiti d'intervento elencati nell'avviso pubblico dell'ATS)*

- a) Attività di accompagnamento nell'ambito di servizi di trasporto per l'accesso a prestazioni sociali e socio-sanitarie;
- b) Attività di assistenza agli studenti presso le mense, le biblioteche scolastiche, gli scuolabus e gli edifici scolastici durante il movimento degli stessi;
- c) Attività a sostegno di famiglie con minori, anziani, persone con disabilità ed altre categorie a rischio d'emarginazione sociale;
- d) Assistenza culturale e sociale nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie, sociali, educative e nelle carceri, in modo particolare in quelle minorili, in ausilio degli operatori professionali;

**1.5 Fabbisogno di servizi** *(per l'ambito d'intervento selezionato descrivere il fabbisogno di servizi alla persona e/o Comunità che deve essere potenziato)*

-  
-  
-

**1.6 Persone anziane necessarie per l'attuazione del progetto** *(numero persone anziane necessario per soddisfare il fabbisogno di servizio nell'ambito di intervento individuato e descrizione per ognuna dell'esperienza professionale e formativa maturata)*

**AVULSS – TRASPORTO SCUOLABUS -7 persone**

**AVULSS – SERVIZIO ASSISTENZA A DOMICILIO- 5 persone**

**ANTEAS – SERVIZIO SOSTEGNO ANZIANI -5 persone**

**ANTEAS – TRASPORTO SANITARIO SOCIALE- 10 persone**



**1.7 Eventuale Partenariato nel progetto**

SI (se “si” indicare il/i partner)

NO

**1.8 Presenza di cofinanziamento**

SI (se “si” indicare da parte di chi e l’importo)

NO

**1.9. Durata del progetto**

Dal .....01/07/2022..... al.....31/12/2022.....

**1.10 Sostenibilità del progetto** *(nel senso di prevedere la prosecuzione del progetto/attività anche dopo la cessazione dei finanziamenti regionali)*

SI (se “si” specificare)

NO

**1.11 Destinatari del progetto** *(Stima del numero dei destinatari coinvolti nel progetto)*

**2. Descrizione progetto** *(Descrivere gli interventi che verranno attuati, in particolare la funzione/ruolo che verrà svolta da ogni singolo anziano volontario/impiegato nel progetto, il cronoprogramma)*



### 3.Obiettivi

--

### 4.Quadro economico

<b>SPESE presunte per n. ___ anziani</b>	<b>Costi presunti per tipologia di spesa</b>
Rimborso spese diverse (specificare la tipologia)	€
Spese per polizza assicurativa per rischi di responsabilità civile verso terzi	€
Spese per polizza assicurativa per rischi ed infortuni	€
<b>TOTALE</b>	€
Altre spese (specificare)	€
<b>TOTALE SPESA PREVISTA</b>	€

### Quote di cofinanziamento (eventuali)

<b>Cofinanziamento del/degli Ente/i *</b>	-€
.....	
.....	-€

<b>CONTRIBUTO RICHIESTO</b>	€
-----------------------------	---

Ai fini della verifica della eventuale casistica "Aiuto di Stato" si dichiara:

a) che l'Ente:

svolge attività economica;

non svolge attività economica;



**Ambito  
Territoriale n.12  
Sociale**

Agugliano  
Camerata Picena  
Chiaravalle  
Falconara Marittima  
Montemarciano  
Monte San Vito  
Polverigi

---

b) che il presente progetto è realizzato quale:

- attività economica;
- attività non economica;

Qualora si dichiari di svolgere attività economica di cui alla lettera a) e che il presente progetto è realizzato come attività non economica di cui al punto b) indicare l'ammontare percentuale di tale attività sul volume complessivo delle attività svolte dall'Ente.

Percentuale.....

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Rappresentante Legale

\_\_\_\_\_

---

**Regione Marche - Ambito Territoriale Sociale 12**

Comuni di: *Falconara M.ma* (Capofila)  
Agugliano, Camerata Picena, Chiaravalle,  
Monte San Vito, Montemarciano e Polverigi

Ufficio di Ambito: tel 071.9177545-6-7-8 fax 071.9177326  
ambitosociale12@comune.falconara-marittima.an.it