**ALLEGATO 2**

***CARTA INTESTATA ENTE PROPONENTE***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROGETTO PRELIMINARE**

**INDIZIONE DI ISTRUTTORIA PUBBLICA FINALIZZATA ALL’INDIVIDUAZIONE DI ENTI DEL TERZO SETTORE DISPONIBILI ALLA CO-PROGETTAZIONE AI SENSI DELL’ART.55 D.LGS. N.117/2017 DEGLI INTERVENTI PER LA COSTITUZIONE DI UN “HUB DI PROSSIMITA’ - NELL’AMBITO DEL PROGETTO “NON C’E’ SALUTE SENZA SALUTE MENTALE” A VALERE SUL PIANO DI ZONA 2021 -**

**CUP G39J21021550001**

***ai sensi dell’art. 55 del D.Lgs. n.117/2017 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 72/2021***

**ANAGRAFICA ED ESPERIENZE**

Soggetto singolo  Composizione plurisoggettiva

**Soggetto Proponente Singolo / Capofila Mandataria**

Ragione Sociale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede legale: via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rappresentante Legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_Cap.\_\_\_\_\_ Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Presentazione soggetto**

*(max 2000 caratteri)*

**PROGETTO DI GESTIONE**

**1) ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO: “HUB SALUTE MENTALE”**

**Tipologia dei Servizi proposti e loro organizzazione**

*(max 10.000 caratteri)*

**Descrizione** **del sistema** **di gestione** del servizio (strumenti, strutture messe a disposizione, personale, ecc.) *(max 3.000 caratteri)*

**Valutazione dell’Impatto Sociale (VIS)** (*valutazione qualitativa e quantitativa degli effetti delle attività svolte sulla comunità rispetto agli obiettivi individuati – integrazione con le altre risorse del territorio)*

*(max 3.000 caratteri)*

**Analisi SWOT del servizio**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Utili per il raggiungimento degli obiettivi** | **Dannosi per il raggiungimento degli obiettivi** |
| **Punti di forza e debolezza riferiti all’organizzazione** | *Punti di Forza* | *Punti di Debolezza* |
| **Opportunità e minacce riferite all’ambiente esterno** | *Opportunità* | *Minacce* |

**2) MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA’ PROGETTUALI**

**Modalità di monitoraggio e valutazione delle attività generale del progetto – Innovatività dello stesso**

*(max 3.000 caratteri)*

**3) PERSONALE DI PROGETTO**

**Prospetto risorse umane**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numero Risorse Umane** | **Profilo Professionale** | **Livello Inquadramento** | **Ore Annuali [A]** | **Costo Lordo Aziendale Orario\*****[B]** | **Valore economico****risorse umane****[C = A x B]** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Totale** |  |

**Piano di formazione ed aggiornamento del personale**

*(max 2.000 caratteri)*

**Piano di supervisione del personale**

*(max 2.000 caratteri)*

**Sistema di welfare aziendale applicato**

*(max 3.000 caratteri)*

**4) RISORSE APPORTATE DALL’ETS**

**Prospetto risorse aggiuntive**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia della risorsa** | **numero** | **Valore economico** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*inserire righe se necessario*

**Eventuali altre risorse *(qualificare e quantificare dettagliatamente)***

***(max 2.000 caratteri)***

|  |
| --- |
|  |

*Il presente formulario è sottoscritto digitalmente dal Legale Rappresentante/Procuratore dell’ETS singolo o in caso di ETS in composizione plurima da Legale Rappresentante/Procuratore degli ETS componenti l’aggregazione.*