**ALLEGATO A**

Spett.le Comune di

 BELLUNO

 Piazza Duomo, 1

 32100 Belluno (BL)

 **Indirizzo PEC:**

belluno.bl@cert.ip-veneto.net

**MANIFESTAZIONE D’INTERESSE**

Oggetto: Modulo per l’acquisizione delle manifestazioni di interesse finalizzate all’ implementazione dell’ elenco di soggetti disponibili ad erogare servizi nell’Ambito Territoriale Sociale VEN\_01 ai sensi della DGR n. 69 del 26 gennaio 2023 “INSIEME: Implementazione di Nuovi Sistemi Inter-istituzionali e di Equipe Multidisciplinari per prevenire l’Esclusione sociale delle famiglie” - PR Veneto FSE+ 2021/2027 - Priorità 3 Inclusione Sociale.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (legale rappresentante, soggetto munito di potere di rappresentanza, soggetto interessato) di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (precisare tipologia e denominazione/ragione sociale), natura giuridica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

avente sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e avente la seguente sede operativa:

nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_ tel/cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Codice Fiscale/Partita I.V.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VISTO** il nuovo avviso pubblico di indagine per manifestazione di interesse finalizzato all'implementazione del catalogo di soggetti disponibili a erogare servizi nell'ambito territoriale sociale ven\_01 ai sensi della DGR n. 69 del 26 gennaio 2023, Direttiva "INSIEME: implementazione di nuovi sistemi inter-istituzionali e di equipe multidisciplinari per prevenire l'esclusione sociale delle famiglie" - PR veneto FSE+ 2021/2027 - priorità 3 inclusione sociale.

**CHIEDE**

di aderire alla Manifestazione d’interesse di cui all’oggetto per i servizi indicati nelle tabelle sottostanti “SCHEDE DESCRIZIONE DEI SERVIZI”.

A tale fine sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del citato DPR 445/2000 nell’ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

* di essere in grado di gestire e organizzare le attività del servizio per cui manifesta interesse, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti.
* di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dall’avviso come elencati all’articolo 7 e, se del caso, dal servizio specifico come da catalogo;
* di essere in particolare in possesso e/o di mettere a disposizione per l’esecuzione del servizio personale avente i requisiti minimi professionali previsti all’articolo 7 dell’avviso e di quelli inseriti nelle “SCHEDE DESCRIZIONE DEI SERVIZI” per i quali si manifesta l’interesse;
* di impegnarsi a raccordarsi e coordinarsi con i Servizi Sociali dei Comuni di volta in volta coinvolti e con il soggetto proponente di progetto Metàlogos s.c., incaricato dal Comune di Belluno in qualità di Capofila dell’Ambito Territoriale Sociale VEN\_01, e trasmettere relazioni periodiche sull’intervento svolto;
* che il/i soggetto/i che erogherà/anno i servizi e le prestazioni per le quali si manifesta interesse sarà/anno in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente, in particolare in tema di svolgimento di attività che comportano contatti diretti e regolari con minori;
* di impegnarsi a sottoscrivere la contrattualizzazione con Metàlogos s.c. per l’erogazione dei servizi tramite il voucher di accompagnamento e a presentare la documentazione richiesta da Metàlogos s.c. e dalla Regione del Veneto ai fini rendicontativi, e per l’ammissibilità dei pagamenti;
* di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni contenute nell'Avviso pubblico – manifestazione di interesse - finalizzato all’elaborazione di un elenco di soggetti disponibili a erogare servizi nell’Ambito Territoriale Sociale VEN\_01, ai sensi della DGR n. 69 del 26 gennaio 2023 - PR Veneto FSE+ 2021/2027 - priorità 3 inclusione sociale;
* di impegnarsi a rispettare integralmente le clausole anticorruzione per quanto applicabili;
* di aver preso visione ed accettato che i dati personali forniti dai soggetti che presentano la manifestazione di interesse saranno trattati dall’ATS VEN\_01 per le finalità connesse all’Avviso in oggetto e che tali dati saranno successivamente trasmessi alla Regione del Veneto e al soggetto proponente del progetto, Metàlogos s.c;
* di acconsentire espressamente al trattamento e alla trasmissione dei dati personali secondo quanto descritto, a seguito della presentazione della manifestazione di interesse.

|  |  |
| --- | --- |
| DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Allegati:**

* + **COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL SOTTOSCRITTORE;**
	+ **SCHEDA 1 - ESPERIENZA PREGRESSA;**
	+ **SCHEDE DESCRIZIONE DEI SERVIZI.**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**AVVISO**:

Si raccomanda di sottoscrivere anche l’informativa per il trattamento dei dati personali, riportata di seguito e che costituisce parte integrante della domanda di adesione.

Il mancato consenso comporta l’improcedibilità della domanda presentata.

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**(ai sensi dell’articolo 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/16)**

Ai sensi dell’articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, seguito anche GDPR, si forniscono le seguenti informazioni rispetto al trattamento dei dati personali.

**Titolare del trattamento**: il titolare del trattamento è il Comune di Belluno con sede in Piazza Duomo, 1 – 32100 Belluno (email: info@comune.belluno.it; PEC: belluno.bl@cert.ip-veneto.net; sito web: [http://www.comune.belluno.it](http://www.comune.belluno.it/)).

**Responsabile della protezione dei dati**: il responsabile per la protezione dei dati è contattabile nelle seguenti modalità: email: dpo@comune.belluno.it; oppure ing.diena@tiscali.it;
PEC: ing.diena@pec.it .

**Finalità del trattamento**: i dati personali vengono trattati per consentire l’espletamento della procedura in oggetto e conseguenti adempimenti.

**Base giuridica del trattamento**: il trattamento è necessario per consentire l’esecuzione dell’Avviso.

**Ambito di comunicazione e di diffusione dei dati**: i dati saranno trattati dal personale del Comune di Belluno che cura le attività relative all’Avviso nonché dagli uffici che si occupano di attività per fini statistici. I dati saranno comunicati inoltre ai soggetti indicati nell’Avviso e ad altri soggetti interessati che facciano richiesta di accesso ai documenti della procedura nei limiti consentiti ai sensi della Legge 241/1990. I dati indicati dall'articolo 1 comma 32 della Legge 6 novembre 2012 n. 190 saranno diffusi nelle modalità previste dalla norma.

**Trasferimento dei dati in un paese terzo**: i dati non saranno trasferiti a paesi terzi o ad organizzazioni internazionali.

**Periodo di conservazione dei dati:** i dati personali saranno conservati per il periodo di durata della procedura in oggetto e successivamente per il tempo in cui l’Ente sia soggetto ad obblighi di conservazione per finalità previste da norme di legge o di regolamento, o per archiviazione nel pubblico interesse. Inoltre, i dati potranno essere conservati, anche in forma aggregata, per fini di studio o statistici nel rispetto degli art. 89 del GDPR e 110 bis del D.Lgs. 196/2003.

**Diritti dell’interessato:** all'interessato vengono riconosciuti i diritti di cui agli artt. da 15 a 23 del GDPR. In particolare, l’interessato ha il diritto di accedere ai dati personali che lo riguardano, chiedere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al loro trattamento. L’interessato ha inoltre il diritto di porre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

**Natura del conferimento:** il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia, il rifiuto di fornire i dati richiesti determina l’impossibilità di partecipare al procedimento dell’Avviso.

**Processo decisionale automatizzato**: non è presente alcun processo decisionale automatizzato.

**Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso l’informativa sul trattamento dei dati personali rilasciata dal Comune di Belluno.**

|  |  |
| --- | --- |
| DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**E****SPERIENZA PREGRESSA DEL SOGGETTO CHE RISPONDE ALL’AVVISO DI MANIFESTAZIOEN DI INTERESSE**

***(con riferimento agli ultimi 18 mesi)***

*Aggiungere righe se necessario*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TITOLO PROGETTO****TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ** | ***RUOLO******ATTIVITÀ SVOLTE*** | **ANNO DI REALIZZAZIONE** **E DURATA** | ***ENTE COMMITTENTE******(SE PREVISTO)*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **RIEPILOGO INTERVENTI E SERVIZI** |
|  | ***Selezionare di seguito i servizi per i quali si manifesta interesse*** |
|  | **Sezione A. Sostegno al minore** |
| [x]  | Gruppi educativi per fascia d’età |
| [x]  | Accompagnamento ad attività sportive e/o ludico/ricreative |
| [x]  | Supporto allo studio individuale |
| [x]  | Servizio psico-educativi per lo sviluppo cognitivo |
| [x]  | Consulenza di orientamento scolastico |
|  | **Sezione B. Sostegno alla genitorialità** |
| [x]  | Educativa domiciliare-territoriale |
| [x]  | Gruppi per genitori e/o figli |
| [x]  | Consulenza psico-pedagogica genitoriale |
| [x]  | Attività socializzanti di gruppo per adulti |
| [x]  | Mediazione linguistico-culturale |
|  | **Sezione C. Sostegno all’organizzazione familiare** |
| [x]  | Accompagnamento nel rapporto con i nodi formali ed informali della comunità |
| [x]  | Trasporto sociale |
| [x]  | Educazione finanziaria |
| [x]  | Accompagnamento personalizzato all’inserimento lavorativo/all’attivazione sociale |
| [x]  | Supporto nella gestione del lavoro domestico |
| [x]  | Attività di conciliazione vita-lavoro |

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE SCHEDE (riferimento articolo 9 dell’avviso)

Vengono di seguito presentate le schede relative a ciascuno dei servizi sopra elencati:

- il soggetto che presenta la propria manifestazione di interesse deve mantenere nella propria domanda solamente le schede relative ai servizi selezionati e per cui si candida e quindi procedere a compilare gli appositi spazi inserendo le indicazioni necessarie così come precisate nell’Avviso di riferimento.

- I campi pre compilati (ad eccezione del campo “descrizione del servizio….”) riportano solamente valori indicativi a cui il soggetto interessato può fare riferimento per la compilazione. Pertanto in ciascuna sezione anche pre compilata, è possibile inserire una apposita descrizione dei propri parametri tecnico operativi, delle proprie tariffe orarie (così come precisate nell’Avviso), dei professionisti che si intende utilizzare, oltre ad altre eventuali indicazioni e una descrizione dettagliata del/i servizio/i offerti.

- ciascuna scheda di servizio, una volta compilata, deve occupare al massimo due facciate A4 utilizzando carattere Arial 12, interlinea singola, così come dettagliato nell’Avviso.

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria del servizio:** | **SOSTEGNO AL MINORE** |
| **Nome del servizio:** | **1-GRUPPI EDUCATIVI PER FASCIA D’ETA’** |
| **Target del servizio:** | Minori appartenenti a nuclei familiari con multi vulnerabilità |
| **Finalità del servizio:** |  Intervento finalizzato a:- promuovere un dialogo/confronto positivo nel gruppo di pari;- promuovere le relazioni, confronti interpersonali e di gruppo;- migliorare le conoscenze su tematiche significative per il minore, aumentando il senso di appartenenza |
| **Figure Professionali:** | Figura professionale con qualifica di educatore/trice e/o di psicologo/a. |
| **Area Territoriale (indicare una o più aree)****Da selezionare** | [x]  **Area sub Ambito Valbelluna** [x]  **Area sub Ambito Cadore** [x]  **Area sub Ambito Agordino** |
| **Costo orario servizio prestazione individuale indicativo.** **Da compilare** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Da € 33,00 a € 38,00 (rif. educatore)Da € 45,00 a € 50,00 (rif. psicologo)Omnicomprensivo: rispetto contratto nazionale di riferimento (ove previsto), rimborsi spese di viaggio A/R, supervisione, relazioni con invianti, assicurazioni RC e INAIL a norma di legge, rispetto della normativa vigente (compliance, normativa sul lavoro, privacy..), IVA e cassa previdenziale se dovute, al lordo di eventuali ritenute d’acconto |
| **Descrizione del servizio: caratteristiche, modalità organizzative, metodologie applicate, altro****Da compilare** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria del servizio:** | **SOSTEGNO AL MINORE** |
| **Nome del servizio:** | **2-ACCOMPAGNAMENTO AD ATTIVITA’ SPORTIVE** **E/O LUDICO/RICREATIVE** |
| **Target del servizio:** | Minori provenienti da famiglie con multi vulnerabilità che vivono una situazione di isolamento o hanno necessità di supporto nell’accesso alle opportunità sportive (es. pallavolo, nuoto, atletica…) e/o ludico-ricreative (es. teatro, musica, danza, centri ricreativi, centri estivi…) del territorio. |
| **Finalità del servizio:** | Intervento finalizzato a:-garantire un’opportunità di socializzazione, divertimento, svago, gioco, di crescita durante tutto l’anno e/o nei periodi estivi, in assenza dell’attività scolastica;-sviluppare attività utili al benessere fisico, emotivo e cognitivo;-frequentare in maniera continuativa opportunità sportive e/o ludico/ricreativa del territorio.L'intervento è volto a sostenere le famiglie nell’orientamento all’interno delle opportunità del territorio, per individuare quelle maggiormente adatte ai desideri e ai talenti dei figli/figlie, nell’accompagnamento all’inserimento nell’opportunità sportiva o ludico/ricreativa prevista, al pagamento delle rette e di tutti gli oneri connessi, compresi i materiali necessari, alla verifica e al sostegno per garantire una partecipazione continuativa all’attività scelta e, se necessario, al trasporto.  |
| **Figure Professionali:** | Figure professionali di riferimento per le attività individuate (es. educatori/trici, esperti/e delle realtà culturali / ludiche, …) |
| **Area Territoriale (indicare una o più aree)****Da selezionare** | [x]  **Area sub Ambito Valbelluna** [x]  **Area sub Ambito Cadore** [x]  **Area sub Ambito Agordino** |
| **Costo orario servizio prestazione individuale indicativo.** **Da compilare** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Da € 33,00 a € 38,00 (rif. educatore)Omnicomprensivo: rispetto contratto nazionale di riferimento (ove previsto), rimborsi spese di viaggio A/R, supervisione, relazioni con invianti, assicurazioni RC e INAIL a norma di legge, rispetto della normativa vigente (compliance, normativa sul lavoro, privacy..), IVA e cassa previdenziale se dovute, al lordo di eventuali ritenute d’acconto |
| **Descrizione del servizio: caratteristiche, modalità organizzative, metodologie applicate, altro****Da compilare** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria del servizio:** | **SOSTEGNO AL MINORE** |
| **Nome del servizio:** | **3-SUPPORTO ALLO STUDIO INDIVIDUALE** |
| **Target del servizio:** | Minori con carenze/difficoltà scolastiche appartenenti a nuclei familiari in situazione di multi vulnerabilità.  |
| **Finalità del servizio:** | Intervento finalizzato a:-raggiungere un livello di scolarizzazione necessario almeno ad assolvere l’obbligo scolastico;-acquisire una maggiore autonomia nello svolgimento dei compiti da parte dei minori acquisendo o rafforzando metodi e tecniche di studio;-aumentare il benessere e la motivazione del minore nel contesto scolastico; -migliorare l’organizzazione nella gestione del materiale scolastico. |
| **Figure Professionali:** | - Operatori/trici in possesso almeno di un diploma di scuola secondaria di secondo grado con formazione adeguata alle necessità del minore;- Esperienza professionale nell’ambito di attività di tipo educativo. |
| **Area Territoriale (indicare una o più aree)****Da selezionare** | [x]  **Area sub Ambito Valbelluna** [x]  **Area sub Ambito Cadore** [x]  **Area sub Ambito Agordino** |
| **Costo orario servizio prestazione individuale indicativo.** **Da compilare** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Da € 33,00 a € 38,00 Omnicomprensivo: rispetto contratto nazionale di riferimento (ove previsto), rimborsi spese di viaggio A/R, supervisione, relazioni con invianti, assicurazioni RC e INAIL a norma di legge, rispetto della normativa vigente (compliance, normativa sul lavoro, privacy..), IVA e cassa previdenziale se dovute, al lordo di eventuali ritenute d’acconto |
| **Descrizione del servizio: caratteristiche, modalità organizzative, metodologie applicate, altro****Da compilare** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria del servizio:** | **SOSTEGNO AL MINORE** |
| **Nome del servizio:** | **4-SERVIZIO PSICO-EDUCATIVI PER LO SVILUPPO COGNITIVO** |
| **Target del servizio:** | Minori appartenenti a famiglie con multi vulnerabilità che manifestano carenze nello sviluppo psicologico e bisogni specifici educativi (es. psicomotricità, logopedia, etc.). |
| **Finalità del servizio:** | Intervento finalizzato a fornire ai minori strumenti per aumentare la consapevolezza rispetto la costruzione della propria identità e a promuovere il benessere psico-fisico del minore. |
| **Figure Professionali:** | Professionalità specifiche a seconda della necessità rilevata |
| **Area Territoriale (indicare una o più aree)****Da selezionare** | [x]  **Area sub Ambito Valbelluna** [x]  **Area sub Ambito Cadore** [x]  **Area sub Ambito Agordino** |
| **Costo orario servizio prestazione individuale indicativo.** **Da compilare** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Da € 45,00 a € 60,00 (rif. psicomotricista - logopedista) Omnicomprensivo: rispetto contratto nazionale di riferimento (ove previsto), rimborsi spese di viaggio A/R, supervisione, relazioni con invianti, assicurazioni RC e INAIL a norma di legge, rispetto della normativa vigente (compliance, normativa sul lavoro, privacy..), IVA e cassa previdenziale se dovute, al lordo di eventuali ritenute d’acconto |
| **Descrizione del servizio: caratteristiche, modalità organizzative, metodologie applicate, altro****Da compilare** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria del servizio:** | **SOSTEGNO AL MINORE** |
| **Nome del servizio:** | **5-CONSULENZA DI ORIENTAMENTO SCOLASTICO** |
| **Target del servizio:** | Minori che vivono in famiglie in situazione di multi-vulnerabilità che necessitano di un supporto nella scelta scolastica. |
| **Finalità del servizio:** | Supporto/orientamento alla scelta scolastica. |
| **Figure Professionali:** | Figure professionali con qualifica di psicologo/a, educatore/trice e/o counsellor |
| **Area Territoriale (indicare una o più aree)****Da selezionare** | [x]  **Area sub Ambito Valbelluna** [x]  **Area sub Ambito Cadore** [x]  **Area sub Ambito Agordino** |
| **Costo orario servizio prestazione individuale indicativo.** **Da compilare** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Da € 33,00 a € 38,00 (rif. educatore)Da € 45,00 a € 50,00 (rif. psicologo)Omnicomprensivo: rispetto contratto nazionale di riferimento (ove previsto), rimborsi spese di viaggio A/R, supervisione, relazioni con invianti, assicurazioni RC e INAIL a norma di legge, rispetto della normativa vigente (compliance, normativa sul lavoro, privacy..), IVA e cassa previdenziale se dovute, al lordo di eventuali ritenute d’acconto |
| **Descrizione del servizio: caratteristiche, modalità organizzative, metodologie applicate, altro****Da compilare** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria del servizio:** | **SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA’** |
| **Nome del servizio:** | **1-EDUCATIVA DOMICILIARE-TERRITORIALE** |
| **Target del servizio:** | Minori o nuclei familiari con minori che vivono una situazione di multi vulnerabilità.  |
| **Finalità del servizio:** | Intervento finalizzato a sostenere lo sviluppo del minore e favorire il recupero delle competenze educative dei genitori o delle figure parentali di riferimento attraverso: -promozione, accompagnamento e accrescimento delle potenzialità evolutive del minore e dei suoi familiari;-sostegno nel recupero e nello sviluppo delle competenze educative e genitoriali operando sia a livello individuale, sia di nucleo familiare e che nel contesto comunitario;-recupero delle capacità di ascolto e accoglienza dei genitori e sostegno emotivo del minore, grazie alla presenza di un educatore/trice che crei le condizioni per una relazione positiva tra i componenti della famiglia;-favorire il ricostruirsi del senso di responsabilità genitoriale;-supporto alle figure genitoriali nell’espletamento delle loro abilità pratiche, sociali, affettive e relazionali;-offrire al minore la possibilità di ritrovare nell’educatore/trice una figura di riferimento che lo/a possa guidare e sostenere nei momenti di fragilità;-supporto alla partecipazione del minore ad attività socializzanti tra pari, anche presso luoghi spontanei di aggregazione. |
| **Figure Professionali:** | Figura professionale con qualifica di educatore/trice. |
| **Area Territoriale (indicare una o più aree)****Da selezionare** | [x]  **Area sub Ambito Valbelluna** [x]  **Area sub Ambito Cadore** [x]  **Area sub Ambito Agordino** |
| **Costo orario servizio prestazione individuale indicativo.** **Da compilare** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Da € 33,00 a € 38,00 (rif. educatore)Omnicomprensivo: rispetto contratto nazionale di riferimento (ove previsto), rimborsi spese di viaggio A/R, supervisione, relazioni con invianti, assicurazioni RC e INAIL a norma di legge, rispetto della normativa vigente (compliance, normativa sul lavoro, privacy..), IVA e cassa previdenziale se dovute, al lordo di eventuali ritenute d’acconto |
| **Descrizione del servizio: caratteristiche, modalità organizzative, metodologie applicate, altro****Da compilare** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria del servizio:** | **SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA’** |
| **Nome del servizio:** | **2-GRUPPI PER GENITORI E/O FIGLI** |
| **Target del servizio:** | Nuclei familiari con minori che vivono una situazione di multi vulnerabilità.  |
| **Finalità del servizio:** | L’intervento è finalizzato a:-offrire opportunità di confronto/ascolto e di conoscenza reciproca tra genitori e/o genitori/figli, mediato da figure professionali;-fornire gli strumenti per attuare strategie comunicative efficaci volte a migliorare il dialogo tra genitori e figli;-migliorare il benessere familiare e affrontare al meglio situazioni problematiche complesse. |
| **Figure Professionali:** |  Figure professionali con qualifica di psicologo/a e/o educatore/trice. |
| **Area Territoriale (indicare una o più aree)****Da selezionare** | [x]  **Area sub Ambito Valbelluna** [x]  **Area sub Ambito Cadore** [x]  **Area sub Ambito Agordino** |
| **Costo orario servizio prestazione individuale indicativo.** **Da compilare** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Da € 33,00 a € 38,00 (rif. educatore)Da € 45,00 a € 50,00 (rif. psicologo)Omnicomprensivo: rispetto contratto nazionale di riferimento (ove previsto), rimborsi spese di viaggio A/R, supervisione, relazioni con invianti, assicurazioni RC e INAIL a norma di legge, rispetto della normativa vigente (compliance, normativa sul lavoro, privacy..), IVA e cassa previdenziale se dovute, al lordo di eventuali ritenute d’acconto |
| **Descrizione del servizio: caratteristiche, modalità organizzative, metodologie applicate, altro****Da compilare** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria del servizio:** | **SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA’** |
| **Nome del servizio:** | **3- CONSULENZA PSICO-PEDAGOGICA GENITORIALE** |
| **Target del servizio:** | Nuclei familiari con minori che vivono una situazione di multi vulnerabilità. . |
| **Finalità del servizio** | Intervento finalizzato a:-aumentare la conoscenza dei genitori rispetto alle difficoltà che possono incontrare nella relazione con i figli;-supportare le figure genitoriali nelle eventuali problematiche che possono insorgere nella relazione con i figli;-fornire gli strumenti per valorizzare la propria competenza genitoriale;-supportare le figure genitoriali nelle eventuali problematiche familiari. |
| **Figure Professionali:** | Figure professionali con qualifica di psicologo/a e/o pedagogista e/o mediatore familiare. |
| **Area Territoriale (indicare una o più aree)****Da selezionare** | [x]  **Area sub Ambito Valbelluna** [x]  **Area sub Ambito Cadore** [x]  **Area sub Ambito Agordino** |
| **Costo orario servizio prestazione individuale indicativo.** **Da compilare** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Da € 45,00 a € 50,00 (rif. psicologo)Omnicomprensivo: rispetto contratto nazionale di riferimento (ove previsto), rimborsi spese di viaggio A/R, supervisione, relazioni con invianti, assicurazioni RC e INAIL a norma di legge, rispetto della normativa vigente (compliance, normativa sul lavoro, privacy..), IVA e cassa previdenziale se dovute, al lordo di eventuali ritenute d’acconto |
| **Descrizione del servizio: caratteristiche, modalità organizzative, metodologie applicate, altro****Da compilare** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria del servizio:** | **SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA’** |
| **Nome del servizio:** | **4-ATTIVITA’ SOCIALIZZANTI DI GRUPPO PER ADULTI** |
| **Target del servizio:** | Genitori in condizioni di multi vulnerabilità. In particolare:-genitori con vissuto di isolamento sociale o di scarso inserimento nella comunità con desiderio di integrazione;-genitori privi di spazi personali in relazione alla difficoltà di gestire i bisogni della famiglia. |
| **Finalità del servizio:** | Il servizio propone la creazione di occasioni di incontro e condivisione in spazi dedicati. |
| **Figure Professionali:** | Figura professionale con qualifica di educatore/trice professionale o altre figure, a seconda dell’attività proposta.  |
| **Area Territoriale (indicare una o più aree)****Da selezionare** | [x]  **Area sub Ambito Valbelluna** [x]  **Area sub Ambito Cadore** [x]  **Area sub Ambito Agordino** |
| **Costo orario servizio prestazione individuale indicativo.** **Da compilare** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Da € 33,00 a € 38,00 (rif. educatore)Omnicomprensivo: rispetto contratto nazionale di riferimento (ove previsto), rimborsi spese di viaggio A/R, supervisione, relazioni con invianti, assicurazioni RC e INAIL a norma di legge, rispetto della normativa vigente (compliance, normativa sul lavoro, privacy..), IVA e cassa previdenziale se dovute, al lordo di eventuali ritenute d’acconto |
| **Descrizione del servizio: caratteristiche, modalità organizzative, metodologie applicate, altro****Da compilare** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria del servizio:** | **SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA’** |
| **Nome del servizio:** | **5-MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE** |
| **Target del servizio:** | Famiglie straniere con minori in situazione di multi vulnerabilità che non conoscono la lingua italiana e/o presentano barriere culturali che impediscono l’accesso ai servizi o l’inclusione sociale. |
| **Finalità del servizio:** | Intervento finalizzato a:-incentivare la partecipazione attiva delle famiglie alla vita sociale e scolastica;-facilitare la comprensione da parte del cittadino straniero delle modalità di accesso ai diversi servizi sociali e sociosanitari, alle risorse e ai diritti esigibili. |
| **Figure Professionali:** | Mediatori culturali e/o traduttori dell’etnia o della nazionalità del nucleo familiare. |
| **Area Territoriale (indicare una o più aree)****Da selezionare** | [x]  **Area sub Ambito Valbelluna** [x]  **Area sub Ambito Cadore** [x]  **Area sub Ambito Agordino** |
| **Costo orario servizio prestazione individuale indicativo.** **Da compilare** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Da € 33,00 a € 38,00 (rif. mediatore culturale)Omnicomprensivo: rispetto contratto nazionale di riferimento (ove previsto), rimborsi spese di viaggio A/R, supervisione, relazioni con invianti, assicurazioni RC e INAIL a norma di legge, rispetto della normativa vigente (compliance, normativa sul lavoro, privacy..), IVA e cassa previdenziale se dovute, al lordo di eventuali ritenute d’acconto |
| **Descrizione del servizio: caratteristiche, modalità organizzative, metodologie applicate, altro****Da compilare** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria del servizio:** | **SOSTEGNO ALL’ORGANIZZAZIONE FAMILIARE** |
| **Nome del servizio:** | **1-ACCOMPAGNAMENTO NEL RAPPORTO CON I NODI FORMALI ED INFORMALI DELLA COMUNITÀ** |
| **Target del servizio:** | Nuclei familiari con minori che vivono situazioni di multi vulnerabilità e isolamento sociale e che necessitano di supporto nella gestione di pratiche burocratico-amministrative e/o informatiche relative all’organizzazione familiare.  |
| **Finalità del servizio:** | Intervento finalizzato a-facilitare la gestione quotidiana delle attività burocratiche, amministrative e/o informatiche;-sostenere le famiglie che si trovano a vivere una situazione di isolamento sociale sia a causa di fattori ambientali che sociali (assenza di rete familiare, famiglie monogenitoriali, presenza di malattie invalidanti, difficoltà economiche…);-ridurre gli ostacoli di ordine economico, sanitario, sociale e culturale che impediscono l’effettivo accesso alle strutture e ai servizi sociali, socio-sanitari, sanitari e socio educativi. |
| **Figure Professionali:** | Figure professionali con qualifica di educatore/trice professionale o affini. |
| **Area Territoriale (indicare una o più aree)****Da selezionare** | [x]  **Area sub Ambito Valbelluna** [x]  **Area sub Ambito Cadore** [x]  **Area sub Ambito Agordino** |
| **Costo orario servizio prestazione individuale indicativo.** **Da compilare** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Da € 33,00 a € 38,00 (rif. educatore)Omnicomprensivo: rispetto contratto nazionale di riferimento (ove previsto), rimborsi spese di viaggio A/R, supervisione, relazioni con invianti, assicurazioni RC e INAIL a norma di legge, rispetto della normativa vigente (compliance, normativa sul lavoro, privacy..), IVA e cassa previdenziale se dovute, al lordo di eventuali ritenute d’acconto |
| **Descrizione del servizio: caratteristiche, modalità organizzative, metodologie applicate, altro****Da compilare** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria del servizio:** | **SOSTEGNO ALL’ORGANIZZAZIONE FAMILIARE** |
| **Nome del servizio:** | **2-TRASPORTO SOCIALE** |
| **Target del servizio:** | Nuclei familiari con minori che vivono situazioni di multi vulnerabilità connesse all’isolamento sociale e/o territoriale, con necessità di spostarsi per raggiungere i diversi servizi sociali, sanitari, socio-sanitari ed educativi/ricreativi del territorio. |
| **Finalità del servizio:** | L’intervento è finalizzato a facilitare l’accesso e la frequenza ai servizi sociali, sanitari, socio-sanitari e a progetti educativi/ricreativi. |
| **Figure Professionali:** | Operatore/trice in possesso della patente di guida categoria B o superiore. |
| **Area Territoriale (indicare una o più aree)****Da selezionare** | [x]  **Area sub Ambito Valbelluna** [x]  **Area sub Ambito Cadore** [x]  **Area sub Ambito Agordino** |
| **Costo orario servizio prestazione individuale indicativo.** **Da compilare** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Da € 23,00 a € 28,00 (rif. addetto al trasporto)Campo da valorizzare. Inserire un importo in linea con quanto indicato precedentemente, nella sezione “Descrizione tecnica del servizio”. |
| **Descrizione del servizio: caratteristiche, modalità organizzative, metodologie applicate, altro****Da compilare** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria del servizio:** | **SOSTEGNO ALL’ORGANIZZAZIONE FAMILIARE** |
| **Nome del servizio:** | **3-EDUCAZIONE FINANZIARIA** |
| **Target del servizio:** | Nuclei familiari con minori che vivono situazioni di multi vulnerabilità con difficoltà nella gestione del budget familiare. |
| **Finalità del servizio:** | Intervento finalizzato a:-aiutare il/i genitore/i a comprendere come gestire le risorse economiche a disposizione del nucleo;-accompagnare i genitori a riconoscere quali sono i bisogni che richiedono una priorità economica per essere soddisfatti; -accompagnare i genitori nella conoscenza di nuove forme di risparmio delle risorse;-permettere alla famiglia di migliorare l’autonomia economica;-proporre strumenti di gestione del budget familiare. |
| **Figure Professionali:** | Educatore/trice, assistente sociale in possesso di competenze specifiche nell’ambito dell’educazione finanziaria.  |
| **Area Territoriale (indicare una o più aree)****Da selezionare** | [x]  **Area sub Ambito Valbelluna** [x]  **Area sub Ambito Cadore** [x]  **Area sub Ambito Agordino** |
| **Costo orario servizio prestazione individuale indicativo.** **Da compilare** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Da € 33,00 a € 38,00 (rif. educatore/assistente sociale)Omnicomprensivo: rispetto contratto nazionale di riferimento (ove previsto), rimborsi spese di viaggio A/R, supervisione, relazioni con invianti, assicurazioni RC e INAIL a norma di legge, rispetto della normativa vigente (compliance, normativa sul lavoro, privacy..), IVA e cassa previdenziale se dovute, al lordo di eventuali ritenute d’acconto |
| **Descrizione del servizio: caratteristiche, modalità organizzative, metodologie applicate, altro****Da compilare** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria del servizio:** | **SOSTEGNO ALL’ORGANIZZAZIONE FAMILIARE** |
| **Nome del servizio:** | **4-ACCOMPAGNAMENTO PERSONALIZZATO ALL’INSERIMENTO LAVORATIVO/ALL’ATTIVAZIONE SOCIALE** |
| **Target del servizio:** | Adulti appartenenti a nuclei familiari con figli minori che vivono situazioni di multi vulnerabilità e necessitano di supporto per l'inserimento lavorativo o l'attivazione sociale. |
| **Finalità del servizio:** | Intervento finalizzato a:-Favorire l'integrazione nel mondo del lavoro;-Sviluppare competenze professionali e relazionali;-Promuovere l'attivazione sociale e l'autonomia. |
| **Figure Professionali:** | Educatore/trice e/o Operatore/trice del Mercato del Lavoro (OML) o professionalità affine. |
| **Area Territoriale (indicare una o più aree)****Da selezionare** | [x]  **Area sub Ambito Valbelluna** [x]  **Area sub Ambito Cadore** [x]  **Area sub Ambito Agordino** |
| **Costo orario servizio prestazione individuale indicativo.** **Da compilare** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Da € 33,00 a € 38,00 (rif. educatore)Da € 38,00 a € 62,50 (rif. OML)Omnicomprensivo: rispetto contratto nazionale di riferimento (ove previsto), rimborsi spese di viaggio A/R, supervisione, relazioni con invianti, assicurazioni RC e INAIL a norma di legge, rispetto della normativa vigente (compliance, normativa sul lavoro, privacy..), IVA e cassa previdenziale se dovute, al lordo di eventuali ritenute d’acconto |
| **Descrizione del servizio: caratteristiche, modalità organizzative, metodologie applicate, altro****Da compilare** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria del servizio:** | **SOSTEGNO ALL’ORGANIZZAZIONE FAMILIARE** |
| **Nome del servizio:** | **5-SUPPORTO NELLA GESTIONE DEL LAVORO DOMESTICO** |
| **Target del servizio:** | Nuclei familiari con minori che vivono situazioni di multi vulnerabilità con necessità di pulizia e manutenzione dell’abitazione. |
| **Finalità del servizio:** | Intervento finalizzato a:-garantire le condizioni igieniche essenziali, adeguate alla tipologia di nucleo familiare;-affiancamento dei genitori nell’adeguata gestione della pulizia e dell’igiene dell’abitazione. |
| **Figure Professionali:** | Operatore/trice con competenze in materia di igiene ambientale e di piccole manutenzioni domestiche. |
| **Area Territoriale (indicare una o più aree)****Da selezionare** | [x]  **Area sub Ambito Valbelluna** [x]  **Area sub Ambito Cadore** [x]  **Area sub Ambito Agordino** |
| **Costo orario servizio prestazione individuale indicativo.** **Da compilare** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Da € 24,00 a € 28,00 (rif. Operatore Socio sanitario)Omnicomprensivo: rispetto contratto nazionale di riferimento (ove previsto), rimborsi spese di viaggio A/R, supervisione, relazioni con invianti, assicurazioni RC e INAIL a norma di legge, rispetto della normativa vigente (compliance, normativa sul lavoro, privacy..), IVA e cassa previdenziale se dovute, al lordo di eventuali ritenute d’acconto |
| **Descrizione del servizio: caratteristiche, modalità organizzative, metodologie applicate, altro****Da compilare** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria del servizio:** | **SOSTEGNO ALL’ORGANIZZAZIONE FAMILIARE** |
| **Nome del servizio:** | **6- ATTIVITÀ DI CONCILIAZIONE VITA-LAVORO** |
| **Target del servizio:** | Nuclei familiari con minori che vivono situazioni di multi vulnerabilità e che necessitano di un supporto nella conciliazione dei tempi di vita-lavoro. |
| **Finalità del servizio:** | Intervento finalizzato a sostenere le famiglie nei momenti di difficoltà di conciliazione e con scarsa/adeguata rete sociale, al fine di favorire la partecipazione e lo sviluppo delle competenze familiari. |
| **Figure Professionali:** | Operatore/trice con esperienza e competenza nella relazione con i minori. |
| **Area Territoriale (indicare una o più aree)****Da selezionare** | [x]  **Area sub Ambito Valbelluna** [x]  **Area sub Ambito Cadore** [x]  **Area sub Ambito Agordino** |
| **Costo orario servizio prestazione individuale indicativo.** **Da compilare** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Da € 24,00 a € 28,00 (rif. Operatore Socio sanitario)Omnicomprensivo: rispetto contratto nazionale di riferimento (ove previsto), rimborsi spese di viaggio A/R, supervisione, relazioni con invianti, assicurazioni RC e INAIL a norma di legge, rispetto della normativa vigente (compliance, normativa sul lavoro, privacy..), IVA e cassa previdenziale se dovute, al lordo di eventuali ritenute d’acconto |
| **Descrizione del servizio: caratteristiche, modalità organizzative, metodologie applicate, altro****Da compilare** |  |