

All’ATS dell’Insubria

Via O. Rossi, 9

21100 Varese

**CANDIDATURA ATTUAZIONE AVVISO FINALIZZATA ALL’IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI PERSONALIZZATI IN FAVORE DI PREADOLESCENTI, ADOLESCENTI E GIOVANI IN CONDIZIONE DI DISAGIO E DELLE LORO FAMIGLIE. “#UP - PERCORSI PER CRESCERE ALLA GRANDE” – DGR 7503/2022 e ss.mm.ii.**

**Azione k.2 – Sostegno all’accesso ai sistemi di assistenza sociosanitaria e socioassistenziale**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, e residente nel Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quale Legale Rappresentante dell’Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale e/o Partita Iva\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede operativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo PEC (che l’ATS dell’Insubria utilizzerà per le comunicazioni ufficiali:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome, indirizzo e-mail e recapito telefonico del referente del progetto:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNICA LA DISPONIBILITÀ E L’INTERESSE**

ad erogare gli interventi/servizi/prestazioni di cui all’Avviso all’implementazione di “Percorsi personalizzati in favore di preadolescenti, adolescenti e giovani in condizione di disagio e delle loro famiglie. #UP - Percorsi per crescere alla grande” – DGR 7503/2022 e ss.mm.ii.”, in particolare nelle sotto indicate aree di intervento

* Osservazione ed elaborazione del Piano di intervento (PDI)
  + affiancamento, osservazione e ascolto dei destinatari in relazione alla situazione di disagio;
  + definizione di una strategia educativa condivisa per il fronteggiamento della condizione di disagio e fragilità;
  + orientamento agli interventi e alle opportunità in risposta al disagio dei destinatari.
* Attuazione del Piano di intervento
  + presa in carico, attivazione e fruizione di servizi psico-socioeducativi;
  + osservazione, monitoraggio e valutazione del percorso personalizzato;
  + relazione di valutazione esiti del percorso.
* Follow – up
  + monitoraggio e valutazione della sostenibilità dei risultati.

**Il/la sottoscritto/a, consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, della responsabilità penale ex art. 76 del DPR 445/2000, nonché della decadenza dal contributo concesso ex art. 75 DPR 445/2000**

**DICHIARA DI ESSERE**

* Organizzazione del Terzo Settore iscritta ai registri regionali o nazionali o ad analoghi elenchi regionali/nazionali;
* Ente gestore accreditato per la gestione di UdO sociosanitarie;
* Ente gestore accreditate a livello territoriale per la gestione di UdO sociali;
* Ente riconosciuto dalle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese.

**DICHIARA INOLTRE DI**

* avere sede legale o sede operativa attiva in Regione Lombardia;
* avere comprovata esperienza nella gestione e organizzazione delle attività definite nelle Fasi sopra indicate in relazione al target di riferimento (allegare documentazione);
* assicurare la disponibilità di figure professionali adeguate agli obiettivi della misura(allegare curriculum);
* avere in essere accordi operativi documentati con i diversi servizi del territorio (servizi sociali, centri di aggregazione giovanile, scuola, ecc.)-(allegare documentazione);
* assicurare esperienza e competenza nella gestione documentale amministrativa e contabile degli interventi, anche mediante la piattaforma informatica Bandi Online.

**Si invita, inoltre, a segnalare i territori** in cui si prevede di operare al fine di integrare la propria azione all’interno della rete sociale territoriale (crocettare i territori di interesse).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASST** | **TERRITORI** | **ADESIONE** |
| ASST LARIANA | Cantù; Como; Erba; Lomazzo; Mariano Comense; Menaggio; Olgiate; Comasco; Campione d’Italia. |  |
| ASST SETTE LAGHI | Arcisate; Azzate; Cittiglio; Luino; Sesto Calende; Tradate; Varese. |  |
| ASST VALLE OLONA | Busto Arsizio; Castellanza; Gallarate; Saronno; Somma Lombardo. |  |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Legale Rappresentante

La domanda, sottoscritta e resa ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 445/2000, deve essere presentata con firma digitale o firma elettronica qualificata o firma elettronica avanzata, oppure firma olografa corredata dalla copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità del firmatario e della documentazione attestata.