

ALLEGATO B

**MODELLO DI DOMANDA DI CONTRIBUTO RELATIVA ALLA RIPARTIZIONE DELLE RISORSE ISCRITTE NEL FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE E I SERVIZI DELL'ASILO, DI CUI ALL'ART. 1 SEXIES E 1 SEPTIES DEL DECRETO LEGGE 30 DICEMBRE 1989, N.416, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI, CON LE LEGGE 28 FEBBRAIO 1990, N. 39, INTRODOTTI DALL'ART.32 DELLA LEGGE 30 LUGLIO 2002, N. 189, PER L'ANNO \_\_\_\_\_**

**AL MINISTERO DELL'INTERNO – Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione – Direzione centrale dei servizi civili per l'immigrazione e l'asilo.**

1. ENTE LOCALE/CAPO FILA \_\_\_\_\_

a) UNIONE O CONSORZIO \_\_\_\_\_

b) ASSOCIAZIONE \_\_\_\_\_

*Nell'ipotesi di cui al punto b) unire le dichiarazioni con le quali gli altri enti locali partecipanti all'erogazione dei servizi si impegnano all'esecuzione del progetto.*

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO ALLA RIPARTIZIONE DEL FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE E I SERVIZI DELL'ASILO A TAL FINE COMUNICA :

2. DATI DELL'ENTE LOCALE

Indirizzo: \_\_\_\_\_

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

Conto di Tesoreria (c/o la Sezione Provinciale della Banca d'Italia INDICAZIONE OBBLIGATORIA): \_\_\_\_\_

corrente bancario infruttifero: ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ nr. c/c \_\_\_\_\_

POPOLAZIONE (per le finalità di cui all'articolo 3, comma 2) \_\_\_\_\_

3. RAPPRESENTANTE (*Presidente della Provincia, Sindaco, Dirigente ecc.*)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Funzione \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_, Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

4. RESPONSABILE PRESSO L'ENTE LOCALE DEL PROGETTO

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Incarico ricoperto nel Comune \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_, Fax: \_\_\_\_\_, E-Mail: \_\_\_\_\_

5. RESPONSABILE PER LA BANCA DATI DEL SERVIZIO

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_, Fax: \_\_\_\_\_, E-Mail: \_\_\_\_\_

Nome, Cognome e numero di telefono altro personale di contatto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. RESPONSABILE DEL SERVIZIO (SE AFFIDATO A SOGGETTO O ORGANIZZAZIONE  
DIVERSA DALL'ENTE LOCALE

*(Scheda da compilare per ogni servizio affidato)*

Ente o organizzazione: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Servizio Affidato: \_\_\_\_\_

*Responsabile del progetto:*

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_, Fax: \_\_\_\_\_, E-Mail: \_\_\_\_\_

Nome, Cognome e numero di telefono altro personale di contatto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



- h. N° posti per cui si chiede il contributo \_\_\_\_\_
- i. Solo per i progetti misti indicare i posti riservati a categorie *vulnerabili* (specificare tipologia e numero per ciascuna tipologia) \_\_\_\_\_
- j. Posti per richiedenti asilo \_\_\_\_\_
- k. Costo totale del progetto comprensivo di cofinanziamento \_\_\_\_\_
- l. Costo giornaliero e a persona (*pro die pro capite*)  
(rapporto fra costo totale del progetto e n° posti per cui si chiede contributo diviso per 365 giorni)  
\_\_\_\_\_
- m. Contributo ente locale (specificare la quota in denaro e la quota in beni e servizi ed allegare relazione sul tipo contributo - allegato C - e delibera dell'Ente locale)  
euro \_\_\_\_\_  
pari al \_\_\_\_\_ per cento del costo totale del progetto comprensivo di cofinanziamento (indicato alla lettera k)
- n. ammontare dell'eventuali economie dell'anno precedente a quello in corso (*già accertate o autocertificate*). Allegare progetto relativo al loro utilizzo (art. 13, comma 2)
- o. Eventuale costo anni precedenti (*da indicare per i soli quattro anni precedenti*)
- |            |             |
|------------|-------------|
| Anno _____ | Costo _____ |
- p. precedenti finanziamenti nell'ambito del Programma Nazionale Asilo e da parte del Fondo nazionale per le politiche ed i servizi dell'asilo.
- |            |                             |
|------------|-----------------------------|
| Anno _____ | Importo finanziamento _____ |
- altri finanziamenti (es. *fondi regionali, otto per mille IRPEF, progetto ANCI ecc.*)
- |            |                     |               |
|------------|---------------------|---------------|
| Anno _____ | finanziamento _____ | Importo _____ |
| Anno _____ | finanziamento _____ | Importo _____ |
| Anno _____ | finanziamento _____ | Importo _____ |
| Anno _____ | finanziamento _____ | Importo _____ |

8. STRUTTURE DI ACCOGLIENZA (*compilare la scheda per ogni struttura da utilizzare*)

Località ed indirizzo dove è ubicata ciascuna struttura e distanza dal più vicino centro abitato: (Le strutture dei progetti rivolti alle categorie vulnerabili devono essere ubicate in prossimità dei centri abitati o ad essi ben collegate per facilitare la fruizione dei servizi )

a. Centro collettivo: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Proprietà centro: \_\_\_\_\_

Capienza: \_\_\_\_\_; mq circa: \_\_\_\_\_; numero attuale assistiti: \_\_\_\_\_

Numero posti all'interno della centro per cui si chiede il contributo \_\_\_\_\_

Tipologia beneficiari per cui si chiede il contributo (*famiglie, singoli, solo donne ecc, specificare numero per ciascuna tipologia*) \_\_\_\_\_

b. Appartamenti n. \_\_\_\_\_,

*per ciascun immobile indicare:*

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Mq.: \_\_\_\_\_; numero di persone ospitate nell'immobile \_\_\_\_\_

Numero posti all'interno del centro per cui si chiede il contributo

Tipologia beneficiari per cui si chiede il contributo (*famiglie, singoli, solo donne ecc specificare numero per ciascuna tipologia*) \_\_\_\_\_

N.B. Per le strutture adibite all'accoglienza delle categorie vulnerabili dovrà essere allegata la piantina della/e struttura/e stessa/e così come i documenti comprovanti il rispetto delle normative vigenti, l'assenza di barriere architettoniche nonché la presenza di supporti a norma per l'assistenza alle diverse tipologie di beneficiari appartenenti alle categorie vulnerabili a cui il progetti si rivolge.

## 9. PERSONALE

a. Numero degli operatori remunerati (*distinguere tra Ente gestore e Ente locale*) \_\_\_\_\_  
part time \_\_\_\_\_ full time \_\_\_\_\_

Qualifiche e mansioni ricoperte \_\_\_\_\_

b. Numero degli operatori volontari \_\_\_\_\_ Qualifiche e mansioni ricoperte \_\_\_\_\_

I progetti che si rivolgono alle categorie vulnerabili (in modo esclusivo o misto) dovranno fornire i curriculum vitae del personale responsabile della presa in carico diretta dei beneficiari, comprovanti la specifica preparazione / formazione e la pregressa esperienza nel settore.