

SEDE LEGALE

CORSO VITTORIO EMANUELE, 125
C/O COMUNITÀ MONTANA
08033 ISILI (CA)

C.F./P.IVA 93036370919

SEDE OPERATIVA

CORSO VITTORIO EMANUELE, 34
(PARCO ASUSA) 08033 ISILI (CA)
08033 ISILI (CA)

CONTATTI

TEL +39 0782 804 102
FAX +39 0782 802 330
PEC galsarcibanobarbagiadiseulo@pec.it
info@galsarcidanobarbagiadiseulo.it
www.galsarcidanobarbagiadiseulo.it

Allegato A1
SCHEDA TECNICA DI MISURA



P.S.R. 2007/2013

MISURA 321 “Servizi essenziali per l'economia e la popolazione rurale”

Azione 1 “Servizi sociali”

(ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a

legale rappresentante di

Tel. , fax.

e-mail, PEC

CUAA.....

ad integrazione della domanda di aiuto numero

per il Bando 2012 del GAL **SARCIDANO BARBAGIA DI SEULO** – Misura 321 “**Servizi
essenziali per l'economia e la popolazione rurale**” Azione 1 “**Servizi Sociali**”,

DICHIARA,

consapevole delle sanzioni penali civili ed amministrative nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, nonché della perdita dei benefici cui la presente è collegata, ai sensi dell'art. n. 47 del medesimo Decreto,

(Barrare la casella interessata)

di essere:

- Ente pubblico singolo
- Associazione di enti pubblici:
 - Unione di comuni
 - Comunità Montana
 - Consorzio
 - Convenzione
- che, ai fini dell'attribuzione dei punteggi per la formazione della graduatoria sono soddisfatte le seguenti condizioni:

CRITERI DI VALUTAZIONE	Punteggi	
1 Caratteristiche del richiedente	15	
1.a) Enti Pubblici riuniti nelle forme associative previste dal TU delle leggi sugli EE.LL, per la ottimizzazione del servizio e per una più ampia copertura di territorio (consorzi, convenzioni, unioni, etc.), espresso in valore percentuale, calcolato sul numero di comuni dell'associazione richiedente e il numero complessivo dei comuni C1 e D1 dell'area GAL:		
> 90%	10	<input type="checkbox"/>
> 70% e fino al 90%	8	<input type="checkbox"/>
> 50% e fino al 70%	6	<input type="checkbox"/>
> 30% e fino al 50%	4	<input type="checkbox"/>
> 10% e fino al 30%	2	<input type="checkbox"/>
1.b) Presenza, in aggiunta alle aggregazioni di cui al punto 1.a), di enti, agenzie e aziende pubbliche che svolgono un ruolo specifico nel campo delle politiche e/o dei servizi sociali (es: ASL – Istituti scolastici, INAIL, Istituti penitenziari)		
5 o più soggetti	5	<input type="checkbox"/>
4	4	<input type="checkbox"/>
3	3	<input type="checkbox"/>
2	2	<input type="checkbox"/>
1	1	<input type="checkbox"/>
2 – Caratteristiche del territorio	15	
2.a) Rapporto tra numero di abitanti dei comuni costituenti l'aggregazione che presenta il progetto e numero complessivo di abitanti dei comuni C1 e D1 dell'Area GAL ed utilizzato per l'elaborazione del PSL:		
> 70%	15	<input type="checkbox"/>
> 50% e fino al 70%	12	<input type="checkbox"/>
> 30% e fino al 50%	8	<input type="checkbox"/>
> 10% e fino al 30%	4	<input type="checkbox"/>
3 – Caratteristiche del Progetto	45	

3.a) Prestazione prevalente che si prevede di erogare avuto riguardo al numero di ore (punteggi non cumulabili):		
1. inserimento lavorativo e sociale (contestuale)	25	<input type="checkbox"/>
2. inserimento lavorativo	15	<input type="checkbox"/>
3. inserimento sociale	10	<input type="checkbox"/>
4. terapia assistita (es. pet therapy, horticultural therapy, aeroterapia, arteterapia, ippoterapia, onoterapia)	5	<input type="checkbox"/>
3.b) Progetto che prevede l'erogazione del servizio per un periodo superiore ai 3 anni valutabili, per ogni scansione temporale, solo se superiore ai 3 mesi:		
> 3 anni	20	<input type="checkbox"/>
> 2 = a 3 anni	15	<input type="checkbox"/>
>12 trimestri = a 21 anno	10	<input type="checkbox"/>
> 6 mesi = 1 anno	5	<input type="checkbox"/>
Totale	75	Tot. ___

- che il/i comune/i interessato/i ha/hanno adottato il Piano Locale Unitario dei Servizi, di cui alla L.R. n°23 del 23/12/2005 e DGR n°23/30 de l 30 maggio 2006

Dati del referente da contattare per comunicazioni in merito alla domanda

Nome _____ Cognome _____
 Tel. _____ cell. _____
 e-mail: _____

Documenti Allegati	✓
Stampa della domanda di aiuto firmata	<input type="checkbox"/>
Copia del documento di identità del dichiarante in corso di validità	<input type="checkbox"/>
In caso di domanda presentata Enti pubblici singoli o da soggetti pubblici costituiti nelle forme associative di cui al D.lgs. 18 agosto 2000, n. 267, che dispongono di autonomo potere decisionale, deliberazione attestante l'approvazione dell'iniziativa da parte dell'organo competente	<input type="checkbox"/>
In caso di proposta presentata da un'Associazione di Enti che non dispone di autonomo potere decisionale, deliberazione dell'organo competente di ciascuno degli Enti interessati, attestante l'approvazione dell'iniziativa e contenente il mandato al capofila per la presentazione della domanda di aiuto e delle domande di pagamento	<input type="checkbox"/>
In caso di proposta presentata da un'Associazione di Enti che non dispone di autonomo potere decisionale:	

a) Copia del protocollo di intesa sottoscritto dai legali rappresentanti degli enti locali aderenti al progetto contenente la definizione dell'idea progettuale e dell'ambito territoriale di riferimento del progetto	<input type="checkbox"/>
ovvero	
b) Copia della convenzione approvata a norma dell'art. 30 del decreto legislativo 18 agosto 2000 n. 267 "Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali"	<input type="checkbox"/>

Luogo e data

Firma
