REGIONE MARCHE
Giunta regionale

ALLEGATO AL DECRETO DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Allegato 9

SCHEMA PROGETTO
ERGOTERAPIA

DGR n. 862/2022
Indirizzi e risorse economiche destinate alla realizzazione di progetti di ergoterapia

SEZIONE I

DATI DELL'ENTE TITOLARE

Ente titolare:

Indirizzo sede legale:	
CAP:	
Città:	
Prov.:	
Tel.:	
Fax:	
E-mail:	
Legale rappresentante:	

SEZIONE II

DATI DEL PROGETTO:

Titolo:

ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

- **AZIONE 1:** _____
- **AZIONE 2:** _____
- **AZIONE 3:** _____

AZIONE 1[1]:

1 Descrizione del contesto di riferimento, delle criticità individuate e dell'obiettivo generale dell'azione:

[1] Il presente schema deve essere utilizzato per ciascuna azione.

REGIONE MARCHE
Giunta regionale

2 Obiettivi specifici e attività previste per la loro realizzazione:

3 Definizione degli indicatori e dei risultati attesi per ogni attività prevista

Titolo attività	Indicatori di output/outcome	Risultati minimi attesi a 12 mesi	Risultati finali

4 Soggetti pubblici/privati coinvolti nella realizzazione delle azioni

5. Durata dell'azione: mesi ___ (max 24) dalla data di approvazione del progetto.

6 Piano economico

6.a Preventivo costi e costo totale *(Inserire una descrizione dettagliata delle voci di spesa dell'intervento)*

Descrizione voci di spesa*	Voci specifiche	Costo previsto
	TOTALE	

Compartecipazione economica dei soggetti coinvolti nel progetto 1) …… 2) ……	 € €
Investimento totale previsto	€

***I costi di gestione (coordinamento e personale amministrativo interno) non potranno superare il 10% dell'importo di cui al finanziamento regionale.**

Firma del
legale rappresentante dell'ente titolare

REGIONE MARCHE
Giunta regionale

SCHEMA DI RENDICONTO

DGR DI RIFERIMENTO: 862/2022

TITOLO DEL PROGETTO: _____

FINALITA': interventi ergoterapici in collaborazione con (specificare):

- ☐ _____
- ☐ _____

ENTE TITOLARE: _____

REFERENTE DEL PROGETTO: _____

OBIETTIVI: _____

AZIONI REALIZZATE: _____

BREVE RELAZIONE SULLE ATTIVITA' SVOLTE E RISULTATI CONSEGUITI
(max 2 cartelle): _____

N° COMPLESSIVO DEGLI UTENTI COINVOLTI: _____

SPESA COMPLESSIVA: € _____

CONTRIBUTO ASSEGNATO DALLA REGIONE: € _____

IMPORTO DA LIQUIDARE: € _____; DI CUI:

TIPO DI COSTO	
Personale	€
Beni e servizi	€
Spese amministrative	€

Tirocini	€
Altro (specificare)	€
TOTALE	€

ELENCO DOCUMENTAZIONE DI SPESA:

n° progressivo	TIPO DI DOCUMENTO (fattura, compenso, scontrino fiscale, …) E DATA	OGGETTO	IMPORTO
			€
			€
			€
			€

Il sottoscritto, in qualità di legale rappresentante dell'ente titolare, dichiara che il progetto è stato regolarmente realizzato e che tutta la relativa documentazione comprovante le spese sostenute, di cui non si allega copia, è conservata presso _____

Firma del legale rappresentante

_____