



Modulo B - Formulario di progetto

AVVISO PUBBLICO PER L'ACQUISIZIONE DI DOMANDE DA PARTE DI ENTI DEL TERZO SETTORE INTERESSATI ALLA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DIRETTI ALLE PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO.

Titolo progetto:

Soggetto attuatore (in caso di raggruppamento di ETS indicare la denominazione del capofila e di tutti gli altri ETS del raggruppamento):

.....
.....
.....
.....
.....

Linea di Azione:

- B) Percorsi per la promozione delle competenze di vita e di socializzazione
- D) Pianificare e attuare il Piano/Progetto individualizzato attraverso interventi abilitativi (sanitari e/o socioassistenziali) che prevedano: momenti individuali e in piccoli gruppi volti allo sviluppo della autonomie, abilità sociali, promozione dello sviluppo psicosessuale e alla prevenzione e protezione da comportamenti discriminatori e/o bullismo; la prevenzione, identificazione e il management di comportamenti problematici/emergenze comportamentali; percorsi o progetti a supporto dello sviluppo di competenze lavorative e di autonomia domestica e abitativa
- E) Iniziative o progetti finalizzati a percorsi di socializzazione dedicati agli adulti ad alto funzionamento



Collaborazione in rete con altri soggetti del territorio (università, scuola, centri estivi parrocchie, centri giovanili, gruppi informali di pari, palestre, servizi comunitari):

SI

NO

Specificare gli eventuali partner e il ruolo svolto all'interno del progetto

.....

.....

.....

.....

.....



Cronoprogramma

(Indicare ogni singola fase del progetto)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gruppo di lavoro proposto per le attività progettuali:

(Indicare le figure professionali che compongono il gruppo di lavoro, i titoli e le rispettive specifiche competenze relativamente ai disturbi dello spettro autistico)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Descrizione dei servizi svolti in favore di persone con disabilità nel triennio precedente (con particolare riguardo ad esperienze in essere o già realizzate per almeno 24 mesi riguardanti esperienze integrative di tipo socio-assistenziale con soggetti con disturbo dello spettro autistico).



ETS realizzatore	Ente pubblico con il quale il progetto è stato realizzato (eventuale)	Periodo realizzazione (mesi e anno)	Tipologia disabilità	N. utenti	Descrizione sintetica dell'intervento

Eventuali servizi migliorativi proposti con particolare riguardo al trasporto dei beneficiari del progetto (max 20 righe):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Esplicazione delle metodologie di valutazione del bisogno, di realizzazione del progetto personalizzato (max 20 righe):

.....

.....

.....

.....



.....

.....

.....

Il legale rappresentante del soggetto capofila
(firma digitale o autografa)