Allegato 3\_ RELAZIONE FINALE

**AVVISO PUBBLICO finalizzato all’erogazione di contributi in favore di associazioni di promozione sociale e di organizzazioni di volontariato per l’organizzazione di attività ludico-ricreative estive rivolte a minori con disabilità, a valere sul fondo ministeriale anno 2024, ai sensi degli artt. 72 e 73 del D.lgs. 117/2017 “Codice del Terzo settore” CUP B74D25000700001.** PERIODO: dal 9 giugno 2025 al 13 settembre 2025.

Soggetto proponente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede dell’attività ludico-ricreativa estiva: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO\_ORGANIZZAZIONE**

* **Numero di minori frequentanti**
* N. minori complessivi che hanno frequentato le attività (esclusi i minori di cui al punto successivo): ………
* N. minori con disabilità che hanno frequentato le attività: ………
* **Personale coinvolto**
* Nominativo del Responsabile del servizio/attività: ………
* N. di operatori complessivi che sono stati effettivamente coinvolti nell’ambito delle attività ludico-ricreative estive (comprensivo del personale assistenziale ed educativo coinvolto per garantire la partecipazione e l’inclusione dei minori di età compresa tra i 3-18 anni con disabilità certificata): ………

Compilare la tabella sottostante in riferimento al solo al personale coinvolto per garantire la partecipazione e l’inclusione dei minori di età compresa tra i 3-18 anni con disabilità certificata:

***tabella A -*** *personale coinvolto per garantire la partecipazione e l’inclusione dei minori di età compresa tra i 3-18 anni con disabilità certificata*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Nome e Cognome degli operatori coinvolti* | *Indicare la qualifica/formazione* | *Periodo di assunzione* | *costo effetivamente sostenuto* |
| … |  | Dal … al …. | **€** |
| … |  |  | **€** |
| … |  |  |  |
|  |  | **TOTALE COSTI PERSONALE SOSTENUTI** | **€** |

**In riferimento alla tabella A sopraesposta, occorre allegare alla relazione:**

* + buste paga, timesheet e ricevute degli oneri accessori sostenuti per il personale aggiuntivo dedicato ai minori con disabilità.
* **Altre spese**

Indicare le eventuali altre spese che sono state sostenute per favorire la promozione dell’inclusione sociale e la partecipazione dei minori con disabilità nell’ambito delle attività ludico-ricreative estive:

***tabella B -*** *spese sostenute per favorire la promozione dell’inclusione sociale e la partecipazione dei minori con disabilità*

|  |  |
| --- | --- |
| *Descrizione della voce di spesa* | *Costo sostenuto* |
|  |  |
| **…** | **€** |
| **…** |  |
| **TOTALE COSTI** | **€** |

**In riferimento alla tabella sopraesposta, occorre Allegare alla relazione:**

* + giustificativi di spesa.

1. **CONTRIBUTO RICHIESTO**

Indicare l’entità del contributo richiesto suddiviso per le due macrovoci di spesa. Si precisa che il contributo richiesto non potrà essere superiore a euro 20.000,00.

|  |  |
| --- | --- |
| *CONTRIBUTO RICHIESTO* | *IMPORTO* |
| tabella A \_  Personale coinvolto per garantire la partecipazione e l’inclusione dei minori di età compresa tra i 3-18 anni con disabilità certificata | **€ ……** |
| Tabella B\_  Spese sostenute per favorire la promozione dell’inclusione sociale e la partecipazione dei minori con disabilità | **€ ….** |
| **TOTALE CONTRIBUTO RICHIESTO** | **€ ….** |

1. **CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO\_** **ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ LUDICO-RICREATIVE**

Descrivere con chiarezza l’organizzazione ed i contenuti delle attività ludico-ricreative che sono state organizzate, evidenziandone la valenza ludico-educativa, di recupero della socialità e di potenziamento delle competenze relazionali. Riportare l’andamento e l’interesse suscitato.

………………….

1. **CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO\_ CAPACITÀ DI INCLUSIONE**

Descrivere le modalità che sono state messe in atto per favorire l’integrazione e la partecipazione dei minori con disabilità con il gruppo dei pari, evidenziando come sono stati individualizzati i percorsi, in base ai bisogni e alle caratteristiche individuali dei minori stessi.

………………….

1. **CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO\_ COLLABORAZIONE CON LE FAMIGLIE DEI MINORI CON DISABILITA’**

Descrivere le modalità di collaborazione che sono state messe in atto con le famiglie dei minori con disabilità, riportando quali sono state efficaci per ottenere un buon livello di collaborazione.

………………….

1. **ULTERIORI NOTE\_ campo note opzionale**

E’ possibile dare una restituzione rispetto agli eventuali aspetti opzionali che sono stati inseriti nella proposta progettuale.

………………….

Luogo e data

FIRMA DEL DICHIARANTE

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

*PRIVACY*

*Ai sensi della vigente normativa in materia di privacy, i dati trasmessi verranno utilizzati esclusivamente ai fini del procedimento per il quale sono richiesti.*

*Ai sensi dell’art. 38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, per la validità della presente istanza deve essere allegata copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore. Pertanto non è necessaria la autenticazione della sottoscrizione. La firma deve essere apposta in formato originale o digitale.*

*Il sottoscrittore, in caso di falsità o dichiarazione mendace, è sottoposto alle sanzioni penali di cui all’art.76 del D.P.R. n. 445/2000.*