

Scheda del soggetto attuatore e delle attività proposte - Allegato B



Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri

Ministro per le Disabilità

AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N. 16 "METROPOLITANO"

(Deliberazione del Consiglio Regionale d'Abruzzo n. 70/3 del 09.08.2016)

COMUNI ASSOCIATI

**BRITTOLI – CAPPELLE SUL TAVO – CATIGNANO – CEPAGATTI – CITTA' SANT'ANGELO - CIVITAQUANA –
ELICE – MOSCUFO – NOCCIANO – PIANELLA - ROSCIANO - SPOLTORE**

COMUNE DI SPOLTORE

ENTE CAPOFILA AMBITO DISTRETTUALE

AVVISO PUBBLICO

**PER LA COSTITUZIONE DI UN CATALOGO DI SOGGETTI ATTUATORI QUALIFICATI PER LA REALIZZAZIONE DI
INTERVENTI E SERVIZI DI SOCIALIZZAZIONE A FAVORE DI PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO
AUTISTICO**

Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità – Annualità 2025

DGR Regione Abruzzo n. 154 del 31/03/2026

**In attuazione del DM 13 ottobre 2025 e della programmazione operativa regionale approvata con
DPG023/127 del 29/06/2026**

La presente scheda deve essere compilata dal soggetto che richiede l'iscrizione al Catalogo dei soggetti attuatori dell'ADS n. 16 "Metropolitano".

1. DATI IDENTIFICATIVI DEL SOGGETTO

Denominazione/Ragione sociale: _____

Natura giuridica: _____

Codice fiscale/P. IVA: _____

--

4. ATTIVITÀ PROPOSTE

Barrare le attività per le quali si richiede l'inserimento nel Catalogo dei Soggetti attuatori:

- ☐ **Campus, centri estivi e colonie**
- ☐ **Attività sportive e motorie**
- ☐ **Attività culturali, ricreative e outdoor**
- ☐ **Laboratori espressivi, artistici e musicali**
- ☐ **Socializzazione facilitata con pari**
- ☐ **Gruppi di socializzazione strutturata**

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Attività n. 1

Denominazione:

Tipologia:

Descrizione dell'attività:

Finalità e obiettivi:

Modalità di svolgimento:

Durata della singola attività/prestazione:

Frequenza:

Periodo di svolgimento:

Attività n. 2

Denominazione:

Tipologia:

Descrizione dell'attività:

Finalità e obiettivi:

Modalità di svolgimento:

Durata della singola attività/prestazione:

Frequenza:

Periodo di svolgimento:

6. SEDE DI SVOLGIMENTO

Denominazione della sede:

Indirizzo:

Comune:

Caratteristiche della struttura:

Accessibilità per persone con disabilità:

Eventuali autorizzazioni necessarie per lo svolgimento delle attività:

7. ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ

Numero massimo di partecipanti per singola attività/gruppo:

Numero massimo di beneficiari con voucher accoglibili contemporaneamente:

Rapporto operatori/partecipanti:

Eventuale presenza di personale di supporto:

Eventuali modalità di accompagnamento/affiancamento:

8. PERSONALE IMPIEGATO

N. Qualifica/profilo	Funzione nell'attività
1	
2	
3	
4	
5	

Il soggetto dichiara che il personale indicato possiede i requisiti e le competenze necessarie per lo svolgimento delle attività proposte.

9. MODALITÀ DI INCLUSIONE E PERSONALIZZAZIONE

Descrivere le modalità attraverso le quali le attività saranno adattate alle caratteristiche e alle esigenze individuali delle persone con disturbo dello spettro autistico:

Indicare, ove previsto, eventuali strumenti, metodologie o accorgimenti utilizzati:

10. SICUREZZA

Indicare le misure adottate per garantire la sicurezza dei partecipanti durante lo svolgimento delle attività:

Il soggetto dichiara di essere in regola con gli obblighi previsti dalla normativa vigente in materia di sicurezza, per quanto applicabile alla propria attività.

11. COSTI DELLE ATTIVITÀ

Attività n. 1

Costo della singola prestazione/accesso:

€ _____

Costo settimanale:

€ _____

Costo mensile:

€ _____

Costo complessivo del percorso:

€ _____

Attività n. 2

Costo della singola prestazione/accesso:

€ _____

Costo settimanale:

€ _____

Costo mensile:

€ _____

Costo complessivo del percorso:

€ _____

I costi sopra indicati:

☐ comprendono tutti gli oneri relativi alla prestazione;

☐ non comprendono: _____

12. DOCUMENTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Il soggetto dichiara di poter produrre, per le attività effettivamente realizzate:

☐ fattura;

☐ ricevuta fiscale;

☐ altro documento fiscalmente valido: _____

e di poter attestare:

- il nominativo del beneficiario;
- la tipologia dell'attività;
- le date di svolgimento;
- il numero delle prestazioni/accessi;
- l'importo dovuto;
- l'avvenuto pagamento.

13. ULTERIORI INFORMAZIONI

DICHIARAZIONE FINALE

Il/La sottoscritto/a _____
in qualità di Legale Rappresentante del soggetto sopra indicato,

DICHIARA

che le informazioni contenute nella presente scheda sono veritiere e corrispondenti all'organizzazione e alle attività che il soggetto intende effettivamente mettere a disposizione dei beneficiari del voucher. Dichiaro inoltre di essere consapevole che l'ECAD potrà effettuare verifiche sulle informazioni dichiarate e richiedere documentazione integrativa.

Luogo _____

Data _____

Il Legale Rappresentante

Firma _____

Timbro del Soggetto