**AVVISO PUBBLICO INCLUDIS 2024**

**Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità**

**PR FSE+ 2021-2027**

**Priorità 3** Inclusione e lotta alla povertà - **Obiettivo specifico h) ESO 4.8.**

**Settore di intervento 153**

**Allegato 1A - Formulario Progettuale**

**Titolo del Progetto includis**

**AMBITO PLUS sarcidano barbagia d di seulo**

**Ente GESTORE E capofila dell’ATS: comune di isili**

|  |
| --- |
| *Sezioni da sviluppare in maniera coerente ai criteri di valutazione della proposta di cui all’art. 19 dell’Avviso* |
| ***A.* Qualità e coerenza della PROPOSTA PROGETTUALE** *(criterio di valutazione A – Art. 19 dell’Avviso)* |
| **A.1 Grado di contestualizzazione dell’intervento, degli obiettivi generali e specifici, rispetto alle esigenze dell’ambito PLUS e livello di integrazione con le eventuali iniziative correlate e finanziate con altre fonti a livello territoriale*****Traccia degli argomenti da trattare al fine di evidenziare la coerenza e la qualità della proposta progettuale****(relazione sintetica max tre cartelle - 30 righe per cartella)***Analisi dei fabbisogni**- azioni e strumenti utilizzati per la rilevazione;- analisi e conoscenza della disabilità sul territorio;- analisi quantitativa e qualitativa dei potenziali destinatari.**Analisi del contesto di riferimento**- dettaglio dei servizi a supporto delle disabilità attivi sul territorio (Centri CSM, CESIL, ecc.);- descrizione del lavoro di rete/integrato, dei soggetti coinvolti, degli accordi territoriali di collaborazione con istituzioni, agenzie formative, servizi.**Analisi degli elementi chiave del progetto e della coerenza con gli obiettivi della priorità di investimento**- descrizione del potenziale ricettivo espresso dal territorio ai fini dell’inserimento lavorativo (aziende pubbliche, private, cooperative, ecc.).**Articolazione del progetto di intervento**- descrizione degli obiettivi generali;- descrizione degli obiettivi specifici;- descrizione delle modalità operative;- descrizione delle modalità organizzative per la gestione del progetto in ambito PLUS;- descrizione dell'integrazione del progetto con eventuali ulteriori interventi finanziati sul territorio (fonti nazionali, regionali, comunitarie ecc.) |
| **A.2 Modalità di attuazione delle azioni obbligatorie*****Traccia degli argomenti da trattare al fine di evidenziare la coerenza e la qualità della proposta progettuale****(relazione sintetica max tre cartelle -30 righe per cartella)***Azioni Obbligatorie – Accesso e presa in carico**- descrizione delle modalità di informazione e pubblicizzazione dell’intervento nonché dei criteri di selezione dei destinatari;- descrizione del processo di valutazione dei destinatari finalizzato alla attivazione di un percorso di inserimento individualizzato**Azioni Obbligatorie – Orientamento specialistico**- descrizione del processo di approfondimento delle esperienze di vita, di rilevazione delle competenze potenziali, di valutazione del livello di occupabilità e del conseguente orientamento del destinatario**Azioni Obbligatorie – Tirocinio di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento**- descrizione della predisposizione dei progetti individuali di Tirocinio, mettendo in evidenza la modalità di realizzazione specifica dei processi di:> formazione;> accompagnamento e supporto in azienda e nel contesto familiare (tutor aziendale e tutor d’accompagnamento);> supporto al soggetto ospitante (consulente per l’accoglienza inclusiva);> raccordo con le strutture istituzionali, relazioni con le famiglie e il territorio;> erogazione della indennità di partecipazione al destinatario;> gestione, Monitoraggio e Rendicontazione.**Azioni di comunicazione obbligatorie**> descrizione delle azioni di comunicazione obbligatorie, in ottemperanza a quanto previsto dall’art. 50 del Regolamento (UE) 1060/2021 e dall’art. 21 dell’Avviso.**Tabella riepilogativa dei potenziali destinatari**

|  |
| --- |
| * n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ potenziali destinatari (valore complessivo) di cui:

 * n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ potenziali destinatari, non occupati, disabili ai sensi dell’art.3 della legge 104/92 ss.mm.ii di cui:

n. \_\_\_\_\_\_\_\_maggiorenni n. \_\_\_\_\_\_\_\_minorenni* n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ potenziali destinatari, non occupati, con disturbo mentale o dello spettro autistico in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze-Centri di Salute Mentale o UONPIA di cui:

n. \_\_\_\_\_\_\_\_maggiorenni n. \_\_\_\_\_\_\_\_minorenni* n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ potenziali destinatari, non occupati, con disabilità mentale/intellettiva e/o psichica in carico ai servizi socio-sanitari di cui:

n. \_\_\_\_\_\_\_\_maggiorenni n. \_\_\_\_\_\_\_\_minorenni **N.B: i minorenni devono aver assolto l’obbligo di istruzione.** |

**Tabella riepilogativa dei tirocini da avviare****In riferimento ai potenziali destinatari di cui sopra, indicare per ciascun tirocinio l’orario settimanale e la durata dei mesi previsti**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numero****Tirocini** | **Ore settimanali*****(min.20 - max 80% orario CCNL di riferimento)*** | **Durata Mesi*****min. 2 - max 24*** |
| Indicare numero tirocini | Indicare ore settimanali | Indicare mesi |
| **“** | **“** | **“** |
| **“** | **“** | **“** |
| **“** | **“** | **“** |
| **“** | **“** | **“** |
| **“** | **“** | **“** |
| **TOTALE** |  |  |

**In caso di tirocini con caratteristiche analoghe (ore settimanali e durata mesi) inserirli nella stessa riga. Ad esempio:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numero****Tirocini** | **Ore settimanali*****(min.20 - max 80% orario CCNL di riferimento)*** | **Durata Mesi*****min. 2 - max 24*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOT.**  |  |  |

**Elenco dei soggetti che hanno sottoscritto la lettera di intenti (Allegato 1B alla domanda telematica) dichiarando la propria disponibilità, in qualità di soggetti ospitanti, ad accogliere i destinatari**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Denominazione/Ragione Sociale | Indirizzo | Partita IVA | N° di posti potenzialmente disponibili per i destinatari |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| …... |  |  |  |  |

Inserire tante righe quanti sono i soggetti ospitanti disponibili**A.3 Azioni facoltative di sistema e relative modalità attuative** ***Traccia degli argomenti da trattare al fine di evidenziare la coerenza e la qualità della proposta progettuale*****Azioni Facoltative***(relazione sintetica max una cartella - 30 righe)*- descrizione delle azioni di sistema facoltative che si intendono realizzare specificando target di riferimento, modalità attuative, risultato che si intende raggiungere;- descrizione dei ruoli e compiti in capo ai soggetti coinvolti nell’ambito delle azioni facoltative |
| **Cronoprogramma delle azioni obbligatorie e delle azioni facoltative**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DescrizioneAttività | Anno 2025 | Anno 2026 | Anno 2027 |
| 1°bim. | 2°bim. | 3°bim. | 4°bim. | 5°bim. | 6°bim.. | 1°bim. | 2°bim. | 3°bim. | 4°bim. | 5°bim. | 6°bim.. | 1°bim. | 2°bim. | 3°bim. | 4°bim. | 5°bim. | 6°bim.. |
| **Azioni Obbligatorie:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Es.: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Azioni Obbligatorie di comunicazione |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Azioni Facoltative:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Rendicontazione, richiesta erogazione del saldo, verifica esiti occupazionali**, |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  |

Indicare la durata delle attività indicando con una X le caselle corrispondenti al numero di mesi in cui l’attività viene svolta. |
| **A.4 Modalità di monitoraggio e di valutazione dei risultati attesi, inclusa verifica esiti occupazionali*****Traccia degli argomenti da trattare al fine di evidenziare la coerenza e la qualità della proposta progettuale****[relazione sintetica max una cartella (30 righe)]*- illustrazione del sistema di monitoraggio e valutazione che si intende adottare, con descrizione degli indicatori quantitativi, qualitativi e dei risultati attesi;- descrizione del sistema di verifica degli esiti occupazionali a due mesi dalla conclusione del tirocinio;- descrizione del sistema di valutazione/gradimento del servizio da parte dei destinatari. |

|  |
| --- |
| ***B.* EFFICACIA/INNOVAZIONE** *(criterio di valutazione B – Art. 19 dell’Avviso)* |
| **B.1 Efficacia dell’intervento** (in relazione agli obiettivi di inserimento socio-lavorativa dei destinatari)***Traccia degli argomenti da trattare al fine di evidenziare la coerenza e la qualità della proposta progettuale****(relazione sintetica max una cartella -30 righe)*- illustrazione dei risultati attesi sui destinatari;- illustrazione dei risultati attesi su beneficiari e istituzioni;- illustrazione degli indicatori di efficacia;- illustrazione dell’impatto sul territorio. |
| **B.2 Innovatività dell’intervento** (innovatività dell’approccio complessivo e delle metodologie proposte)***Traccia degli argomenti da trattare al fine di evidenziare la coerenza e la qualità della proposta progettuale****(relazione sintetica max una cartella - 30 righe)*- Illustrazione delle innovazioni di processo e organizzative con evidenza degli elementi di miglioramento delle prassi ordinarie dei Beneficiari;- Illustrazione degli effetti dell’intervento sul coordinamento tra Servizi;- Illustrazione degli effetti dell’intervento sul rapporto con il contesto di appartenenza dei destinatari. |

|  |
| --- |
| **D. QUALITà E PROFESSIONALITà DELLE RISORSE DI PROGETTO***(criterio di valutazione D – Art. 19 dell’Avviso)* |
|  **Risorse umane (esperienza del Tutor d’accompagnamento)**Elencare, per ciascun tutor che si intende coinvolgere, le esperienze lavorative già svolte in ambito di inserimenti lavorativi di persone svantaggiate, specificando data di inizio e data di conclusione di ogni singolo progetto. *(replicare la seguente tabella per ciascun tutor)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nominativo | Titoli di studio | Anni di esperienza complessivi in ambito di inserimento lavorativo di persone svantaggiate | Progetti di inserimento lavorativo di persone svantaggiate realizzati | Data di inizio dei progetti di inserimento lavorativo di persone svantaggiate | Data di fine dei progetti inserimento lavorativo di persone svantaggiate |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Allegare il curriculum vitae di ciascun tutor d’accompagnamento (Allegato 1E alla domanda telematica di partecipazione)****N.B. è possibile presentare un elenco di nominativi superiore a quello necessario per il numero di tirocinanti previsto, da poter inserire ove in corso di progetto si manifesti la necessità di sostituire uno o più Tutor. Si evidenzia che la Commissione di Valutazione, nell’esprimere il giudizio di merito, terrà conto delle esperienze di tutti i nominativi inseriti in elenco.*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Risorse umane (esperienza del Consulente per l’accoglienza inclusiva)**Elencare, per ciascun operatore che si intende coinvolgere, le esperienze lavorative già svolte nel campo della inclusione sociale di persone con disabilità, specificando data di inizio e data di conclusione di ogni singolo progetto.*(replicare la seguente tabella per ciascun consulente)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nominativo | Titoli di studio | esperienza di almeno 6 mesi complessivi nel campo della inclusione sociale di persone con disabilità  | Data di inizio esperienze lavorative nel campo della inclusione sociale di persone con disabilità | Data di fine esperienze lavorative nel campo della inclusione sociale di persone con disabilità |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Allegare il curriculum vitae di ciascun consulente per l’accoglienza inclusiva (Allegato 1F alla domanda telematica di partecipazione)****N.B. è possibile presentare un elenco di nominativi superiore a quello necessario, da poter inserire ove in corso di progetto si manifesti la necessità di sostituire uno o più Consulenti.*** |

Luogo e data

 **Il Rappresentante Legale/Delegato dell’Ente Gestore PLUS**

 **capofila ATS costituita o da costituirsi**

(firma digitale)