



**FORMAT RELAZIONE FINALE E SCHEMA RIASSUNTIVO CONTABILE  
DI CUI ALL'AVVISO MINORI IN CURA PRESSO STRUTTURE OSPEDALIERE EX DGR 7428/2022**

*L'Allegato A5 deve essere ricaricato in Bandi Online in formato .pdf*

**SEZIONE A – DATI DI SINTESI DEL PROGETTO****TITOLO DEL PROGETTO**

--

**DURATA DEL PROGETTO**

--

**REFERENTE DELL'ATTUAZIONE DEL PROGETTO**

--

**SEZIONE B – ATTIVITÀ DEL PROGETTO****IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI LAVORO**

*Descrivere nel dettaglio le attività e gli interventi realizzati coerentemente con quanto previsto nel progetto approvato; in particolare descrivere le attività realizzate, le metodologie di intervento, l'organizzazione delle attività (es. se sono stati coinvolti altri soggetti in qualità di partners ...). Per ciascuna attività si chiede di indicare la tipologia ed il numero di destinatari raggiunti. Si chiede di dettagliare anche le azioni che hanno previsto un coinvolgimento attivo delle famiglie. Si chiede di dettagliare se si siano realizzate azioni relative all'area 2 (per i rimborsi indicare il numero e la tipologia di rimborsi effettuati)*

<b>Attività realizzate, numero e tipologia di destinatari raggiunti e di personale coinvolto</b>
<i>Attività 1 (titolo)  Descrizione attività  risultato raggiunto  N° e tipologia di personale impiegato  Ore di servizio totali  Eventuali partner coinvolti e budget ipotizzato  Tipologia e numero di destinatari raggiunti (indicare se nuclei familiari o singoli bambini)</i>

	Numero di utenti raggiunti dalle attività/interventi della tipologia 1
1. Bambini 0 →36 mesi	_ _ _ _



## Regione Lombardia

2. Bambini 37 mesi → 6 anni	_ _ _ _
3. Bambini 6 → 10 anni	_ _ _ _
4. Pre-adolescenti (11→14 anni)	_ _ _ _
5. Adolescenti (15→18 anni)	_ _ _ _
6. Giovani (in generale)	_ _ _ _
7. Genitori	_ _ _ _
8. Nuclei familiari (specificare.....)	_ _ _ _
9. Anziani (nonni coinvolti)	_ _ _ _
10. Adulti (specificare altri parenti del minore.....)	_ _ _ _
11. Altro (specificare.....)	_ _ _ _
<b>Totale</b>	_ _ _ _

## SINTESI INTERVENTI DI RIMBORSO DEI COSTI SOSTENUTI DALLA FAMIGLIE

ETÀ MINORE	RICOVERO	TRATTAMENTO AMBULATORIALE	ENTE/STRUTTURA DI RICOVERO/AMBULATORIALE	Residenza famiglia (provincia)	Importo rimborso
	dal.... al.....	Periodo.....			
<b>TOTALE RIMBORSO</b>					

## CONCLUSIONI (max. 1/2 pagina)

--

## SCHEMA RIASSUNTIVA CONTABILE

Voce di spesa	totale previsto per voce di costo
<b>A.</b> Personale interno ed esterno (dedicato al progetto)	
<b>B.</b> Spese riferite all'acquisto di beni o ammortamento di beni (per beni si intendono solo quelli durevoli) (max 10% del costo totale del progetto)	
<b>C.</b> Spese per servizi connessi alle attività previste dal progetto (es. spese per i materiali didattici e ludici, per l'erogazione di voucher)	
<b>D.</b> Spese di rimborso costi sostenuti dalle famiglie (max 10 % del costo totale del progetto per un massimo di € 2.500,00.)	



## Regione Lombardia

<b>TOTALE CONTRIBUTO PUBBLICO</b> (max 80%)	
<b>TOTALE COFINANZIAMENTO</b> (minimo 20% del totale costo)	
valorizzazione del personale volontario	
quota economica	
valorizzazione del costo di personale interno dedicato alla gestione amministrativa/rendicontazione del progetto.	
<b>TOTALE COFINANZIAMENTO</b> (minimo 20% del totale costo)	
<b>TOTALE PROGETTO (CONTRIBUTO + COFINANZIAMENTO)</b>	