

(Inserire logo Associazione)

**FORMULARIO DI PRESENTAZIONE PROGETTO**

**“Invito alla presentazione di progetti per l’individuazione di associazioni partner per il supporto e il potenziamento degli interventi dell’ASP di Palermo nell’ambito Progetto Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale Linea 4 PSN 2021 azione 1.**

**Progetto “MAMME DIECI ALCOL ZERO! Prevenzione dei Disturbi dello Spettro Feto Alcolico e della Sindrome Feto Alcolica”.**

**Procedura di Co-progettazione dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo secondo le Linee Guida ANAC-Delibera N.32/2016 e DM N.072 del 31/03/2021.**

**PARTE 1**  
**Anagrafica Generale dell’Ente**

**Al Direttore Generale  
dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo  
Via Giacomo Cusmano n. 24 – 90141 Palermo**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Rappresentante legale dell’Ente \_\_\_\_\_  
*(denominazione completa dell’organismo richiedente)*

con sede legale in \_\_\_\_\_  
*(indicare l’indirizzo dell’Ente – Comune, Via, CAP)*

Operante nell’ambito \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter partecipare alla selezione di Partner/Collaboratore di Progetto di cui al relativo Avviso Pubblico e a tal fine inoltra la presente proposta progettuale allegata all’istanza di partecipazione con le dichiarazioni e le documentazioni richieste dallo stesso Avviso Pubblico.

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente sia inviata al seguente indirizzo di posta elettronica :

Ai sensi del D.Lgs 196/2008 il proponente presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla procedura di co-progettazione in questione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma  
*(Legale rappresentante)*

FORMULARIO DI PRESENTAZIONE DEL PROGETTO
--

<b>PARTE II: SOGGETTO PROPONENTE</b>
--------------------------------------

<b>2.1</b>	<b>Denominazione del soggetto proponente</b>
Indirizzo sede sociale dell'ente: <i>(via, cap, città)</i>	
Telefono: Cellulare:	
E-mail:	
Posta certificata:	
Sito web:	

<b>2.2</b>	<b>Legale rappresentante del soggetto proponente</b>
Cognome:	
Nome:	
Indirizzo :	
CAP:	
Città:	
Prov.:	
Telefono:	
Fax:	
E-mail:	
Professione:	

<b>2.3</b>	<b>Tipologia di soggetto proponente (consultare Avviso Pubblico)</b>

**PARTE III: SOGGETTI EVENTUALMENTE COINVOLTI NELL'ATTUAZIONE DEL PROGETTO**

**Eventuali Partner del Soggetto proponente**

- Riportare i soggetti partner previsti compilando una riga per ogni soggetto che si prevede di coinvolgere nella proposta progettuale e indicare per ciascuno il ruolo svolto nell'ambito della presente proposta progettuale. Per ogni partner deve essere allegato relativo Protocollo d'Intesa -

**3.1**

<b>Tipologia di soggetto</b>	<b>Denominazione completa dell'ente o dell'istituzione</b>	<b>Ruolo nel progetto</b>

## PARTE IV: DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

<b>4.1</b>	<b>Finalità Generali del Progetto</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensibilizzare e rendere consapevole la popolazione sui rischi del consumo di alcol in gravidanza e allattamento, sullo spettro dei disturbi feti alcolici (FASD) e della sindrome feti alcolica (FAS)</li><li>• Realizzare interventi di ricerca-azione in grado di sensibilizzare la popolazione target e, contestualmente, monitorare il consumo di alcol in gravidanza e durante l'allattamento.</li><li>• Promuovere la formazione dei professionisti sanitari e socio sanitari sui rischi del consumo di alcol in gravidanza e allattamento</li><li>• Realizzare una campagna informativa per la prevenzione alcolica in gravidanza e allattamento e celebrare la giornata internazionale "FASD Day", in raccordo e coerenza con il Piano Aziendale di Comunicazione 2021 dell'ASP di Palermo</li></ul>
<b>4.2</b>	<b>Descrizione sintetica del bisogno/ problema a cui si vuole rispondere</b>
<b>4.3</b>	<b>Descrizione degli obiettivi specifici dell'intervento proposto (massimo 3 obiettivi)</b>
<b>4.4</b>	<b>Descrizione sintetica della strategia generale che si intende porre in essere per sperimentare soluzioni al problema individuato</b>

--

4.5	Attività previste
A. 1	
A. 2	
A.3	<i>(aggiungere eventuali riquadri per ulteriori attività)</i>

4.6	Risultati attesi
-----	------------------

--

4.7 Indicatori	
di processo	
di esito	

**CRONOGRAMMA Biennale**

4.8	Bimestre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	ATTIVITA'												
<b>Progetto Obiettivo di P.S.N. 2021</b> <i>"MAMME DIECI ALCOL ZERO!"</i>													



**PARTE V: LE RISORSE DEL PROGETTO**

<b>5.1 Equipe multidisciplinare e multi professionale a supporto delle attività.</b>		
<b>Operatori: Qualifiche/Profili Professionali</b>	<b>Titolo di studio e/o professionali</b>	<b>Competenze specifiche coerenti con l'ambito progettuale (Descrivere sommariamente quanto specificato nei curricula)</b>

<b>5.2 Descrizione delle voci di spesa</b> <i>I costi si espongono comprensivi di IVA e di eventuali oneri fiscali.</i>		
<b>ATTIVITA PROGETTUALI</b> (Da tenere in considerazione le attività richieste dal Progetto dell'ASP di Palermo che qui si riportano in sintesi)	<b>Tipologie di spesa</b> <i>Specificare singola voce di</i>	<b>Costo</b>
<p>1) Equipe multiprofessionale e multidisciplinare per supportare e collaborare il gruppo aziendale in:</p> <p>1 a) Interventi di ricerca-azione mediante questionari da definire, validare e somministrare ai target individuati</p> <p>1 b) Contribuire alla programmazione e realizzazione percorso formativo avanzato con ECM sui rischi del consumo di alcol in gravidanza e allattamento rivolto ai professionisti sanitari e socio sanitari</p> <p>2) realizzazione campagna informativa mediante strumenti di marketing sociale per la diffusione di corrette informazioni sui rischi dell'assunzione di alcol in gravidanza e allattamento (a mezzo stampa, media e social media)</p>		
Spese di gestione amministrativa e per materiali		Max Euro 5.000,00
<b>Totale spese previste</b>		

<b>5.3</b>			
<b>PIANO FINANZIARIO</b>			
(SPECIFICARE IL NUMERO DELL'ATTIVITA' EVENTUALMENTE COFINANZIATA)			
QUOTA FINANZIATA DALL' ASP DI PALERMO (SECONDO VOCI TABELLA 5.2)		<b>Max Euro 67.000,00</b>	
EVENTUALE QUOTA COFINANZIATA DAL SOGGETTO PROPONENTE		<b>Numero Attività</b>	<b>Costo</b>
EVENTUALI QUOTE PARTNERS (COFINANZIAMENTO)	PARTNER 1 (NOME).....		
	PARTNER 2 (NOME).....		
	PARTNER 3 (NOME).....		
ALTRO (SPECIFICARE)			
<b>BUDGET TOTALE DEL PROGETTO</b> (INCLUSI EVENTUALI COFINANZIAMENTI E/O SPONSORIZZAZIONI)			

Luogo e data  _____	(Firma e timbro del legale rappresentante del Soggetto proponente)  _____
---------------------------	--