Carta Intestata Ente proponente

**Allegato 2**

**Titolo della sperimentazione: ……………………………………..**

**1) Descrizione soggetto proponente e con quali Enti/servizi del territorio collabora**  (indicare tipo di ente, territorio in cui lavora, principali attività e con quali servizi/Enti è in rete)

|  |
| --- |
|  |

**2) Analisi del bisogno** (sulla base dei bisogni rilevati descrivere le motivazioni che hanno portato alla scelta di attivare la sperimentazione)

|  |
| --- |
|  |

**3) Descrivere le differenze della sperimentazione che si andrà ad attivare rispetto all’unità d’offerta sociale più affine normata da Regione Lombardia (perché si è scelto di non aprire una udo sociale?)**

|  |
| --- |
|  |

**4) Destinatari e obiettivi della sperimentazione** (indicare a quale utenza si rivolge la sperimentazione *es. minori (età) anziani, disabili* e a quali nuove esigenze si intende rispondere)

|  |
| --- |
|  |

**5) Sostenibilità economica** (indicare quali sono le fonti di sostentamento, sostegni da parte del Comune di ubicazione, ipotesi di rette utenza/Enti)

|  |
| --- |
|  |

**6) Tempistiche previste per la sperimentazione**

|  |
| --- |
|  |

**7) Descrizione delle attività sperimentali**

- indicare il/i servizio/i offerto/i – descrizione attività

- tempi di apertura (dalle ore .. alle ore..)

- copertura educativa in orario notturno (se previsto)

- indicare se presente un coordinatore

per ciascun servizio indicare:

- il personale impiegato (numero persone, titolo di studio e ruolo)

- indicare la tipologia di contratti del personale in servizio

- se presente personale volontario (indicare quante persone)

- il n. max di utenti accolti

- coperture assicurative per la gestione del servizio

|  |
| --- |
|  |

Si allega la documentazione prevista dalla scheda procedura per l’attivazione di sperimentazioni.

Data e Luogo ……………………………. Timbro e firma Legale Rappresentante

…………………………………………………………