ALLEGATO 3 - MODELLO DOMANDA - LETTERA B  
  
PROGRAMMA REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

**ANNUALITÀ 20****20**

“FNA 2019-2021 - Interventi rivolti a persone con disabilità grave e gravissima assistite a domicilio”  
Deliberazione di Giunta Regionale n. 79 del 06.03.2020 e s.m.i.

***SCHEDA PROGETTUALE***

**1) TITOLO PROGETTO**

**2) BREVE DESCRIZIONE DELLA DISABILITA’ DEL BENEFICIARIO**

**3) BREVE DESCRIZIONE DELLA STORIA DEL BENEFICIARIO IN RELAZIONE ALLA SUA DISABILITA’**

**4) OBIETTIVI PREVISTI DAL PROGETTO**

**5) ATTIVITA’ ED INTERVENTI PREVISTI**

**6)SPECIFICARE SE ATTIVITA’ ED INTERVENTI SONO GIA’ STATI SPERIMENTATI (PRIVATAMENTE O FNA PRECEDENTI ) O SE SONO INNOVATIVI PER LA STORIA DEL BENEFICIARIO**

**7)SPECIFICARE IL TIPO DI COINVOLGIMENTO DEI GENITORI, DEGLI INSEGNANTI, DEI MEDICI DI RIFERIMENTO E/O ALTRE FIGURE NELLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

**8)COSTI DEL PROGETTO DETTAGLIATI E PRECISATI PER MENSILITA’ PRECISANDO IL TOTALE ANNUALE:**

**A) COSTO OPERATORE AD ORA**

**ORE SETTIMANALI PREVISTE DAL PROGETTO**

**TOTALE COSTO SETTIMANALE**

**TOTALE COSTO MENSILE**

**B) COSTO SPECIALISTA AD ORA**

**ORE SETTIMANALI PREVISTE DAL PROGETTO**

**TOTALE COSTO SETTIMANALE**

**TOTALE COSTO ANNUALE**

**C) TRASPORTO: SPECIFICARE**

**- MOTIVAZIONE DEL TRASPORTO**

**- CON QUALE ENTE/ASSOCIAZIONE SI INTENDE EFFETTUARLO (CON OBBLIGO DI CONVENZIONE )**

**- TOTALE SPESA MENSILE PREVISTA**

**- TOTALE SPESA ANNUALE PREVISTA**

**DATA E FIRMA**