

PROPOSTA OPERATIVA ODV/APS

1. DATI DELL'ENTE

ETS	
------------	--

denominazione

2. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ OPERATIVE DI SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ PROPOSTE

(indicare con riguardo alle attività selezionate nell'Allegato A le modalità con cui si intende contribuire al loro svolgimento gli strumenti utilizzati - telefono, sportelli, eventi, ecc. - le previste modalità di coordinamento con ASL)

3. ESPERIENZA PREGRESSA DELL'ENTE

Descrivere attività analoghe/progetti e collaborazioni attuati negli ultimi 5 anni

Inserire eventuali indicatori di attività (es. numero utenti raggiunti, telefonate effettuate, eventi realizzati)

4. RISORSE UMANE IMPIEGATE

Numero volontari/operatori: _____

Competenze e formazione specifica dei volontari addetti alla collaborazione: _____

5. ORGANIZZAZIONE E RETE TERRITORIALE

Numero sedi operative: _____

Numero collaborazioni attive: _____

Partner delle collaborazioni attive: _____

Capacità di raggiungere popolazioni target (presenza di reti territoriali, modalità di comunicazione, strumenti adottati):

6. DISPONIBILITÀ OPERATIVA

(indicare giorni, fasce orarie, eventuali limiti territoriali)

7. EVENTUALI PROPOSTE INNOVATIVE

(es. nuove modalità di coinvolgimento, strumenti digitali, azioni mirate)

Luogo e data:

Firma del Legale Rappresentante _____