REGIONE PIEMONTE *Vicepresidente, Politiche sociali e dell'integrazione socio-sanitaria, Emigrazione e cooperazione decentrata e internazionale, Usura e beni confiscati, Politiche della casa, delle famiglie e dei bambini, Lavoro e welfare aziendale* *DIREZIONE WELFARE* *Settore Immigrazione, Pari Opportunità Diritti e Inclusione, Progettazione ed Innovazione Sociale*	***Avviso pubblico per la presentazione di istanza di contributo in favore degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) e presentazione di progetti destinati all'attivazione di interventi a sostegno dell'invecchiamento attivo, ai sensi della D.G.R. n. 22-3305 del 16 novembre 2026***	**ISTANZA DI CONTRIBUTO** **AMBITO TERRITORIALE SOCIALE** "_____"

Alla Regione Piemonte
Direzione Welfare
Settore Immigrazione, Pari Opportunità Diritti e Inclusione, Progettazione ed Innovazione Sociale
Piazza Piemonte 1 - 10127 TORINO
PEC: ***famigliaediritti@cert.regione.piemonte.it***

INVECCHIAMENTO ATTIVO - RICHIESTA CONTRIBUTO

1 Il/La sottoscritto/a Cognome e Nome _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nato/a a _____ prov. |__|__|

Stato _____ il |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

in qualità di Legale rappresentante

dell'Ente gestore _____

parte dell'Ambito Territoriale Sociale _____

con sede legale nel Comune di _____ Telefono fisso _____

Telefono cellulare _____ sito internet _____

mail _____ PEC _____

2 Il/La sottoscritto/a Cognome e Nome _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nato/a a _____ prov. |__|__|

Stato _____ il |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

in qualità di Legale rappresentante

dell'Ente gestore _____

parte dell'Ambito Territoriale Sociale _____

con sede legale nel Comune di _____ Telefono fisso _____

Telefono cellulare _____ sito internet _____

mail _____ PEC _____

3 Il/La sottoscritto/a Cognome e Nome _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nato/a a _____ prov. |__|__|

Stato _____ il |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

in qualità di Legale rappresentante

dell'Ente gestore _____

parte dell'Ambito Territoriale Sociale _____

con sede legale nel Comune di _____ Telefono fisso _____

Telefono cellulare _____ sito internet _____

mail _____ PEC _____

4 Il/La sottoscritto/a Cognome e Nome _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nato/a a _____ prov. |__|__|

Stato _____ il |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

in qualità di Legale rappresentante

dell'Ente gestore _____

parte dell'Ambito Territoriale Sociale _____

con sede legale nel Comune di _____ Telefono fisso _____

Telefono cellulare _____ sito internet _____

mail _____ PEC _____

In relazione alla richiesta di riparto risorse in favore degli Ambiti Territoriali Sociali per progetti destinati all'attivazione di interventi a sostegno dell'invecchiamento attivo

DICHIARA / DICHIARANO:

1) di avere preso visione dei criteri e delle modalità per la presentazione della proposta progettuale;

2) di prevedere l'attivazione del progetto denominato "_____" descritto nella scheda allegata alla presente dichiarazione;

3) di prendere atto che l'erogazione del contributo avverrà per l'80% a titolo di acconto, a seguito di avvenuta validazione (con esito "adeguato") da parte della Regione del progetto presentato e che il restante 20% sarà liquidato a saldo, previa presentazione di una relazione sulle attività realizzate in conformità alla rendicontazione amministrativo-contabile attestante la spesa sostenuta entro il termine di conclusione dell'attività progettuale fissato in 12 mesi dalla data di avvio;

4) di essere consapevoli che l'accertamento della non veridicità del contenuto della presente dichiarazione comporterà l'esclusione dalla procedura, ovvero l'annullamento e/o la revoca dell'assegnazione del contributo.

INDIVIDUA / INDIVIDUANO:

L'ENTE _____ quale soggetto capofila al quale spetterà la rappresentanza dell'aggregazione, nei riguardi della Regione Piemonte, per quanto attiene all'attuazione del progetto.

ALLEGA / ALLEGANO:

La proposta progettuale redatta secondo il modello allegato.

Data: _____ FIRMA DEI LEGALI RAPPRESENTANTI

Ai sensi del Titolo II del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i., si informa che i dati riferiti ai soggetti partecipanti verranno utilizzati soltanto per le finalità connesse al procedimento, non verranno comunicati o diffusi a terzi e verranno comunque trattati in modo da garantirne la riservatezza e la sicurezza. I dati personali comunicati sono utilizzati al solo scopo di procedere all'istruttoria della pratica e sono raccolti presso la Direzione Welfare. La mancata comunicazione dei dati richiesti comporta l'impossibilità di procedere all'istruttoria. Responsabile del trattamento dati personali è il Direttore regionale della Direzione Welfare.

“Riparto risorse in favore degli Ambiti Territoriali Sociali per progetti destinati all’attivazione di interventi a sostegno dell’invecchiamento attivo” .

L.R. n. 17/2019 art. 5 co. 2
P.D.D. n. A22 1883 del 16/11/2026

PROPOSTA PROGETTUALE

– Titolo _____

- Ambiti di intervento[1]**:**

☐ Contribuire al miglioramento dell’autonomia abitativa delle persone anziane e al soddisfacimento dei bisogni primari nella quotidianità, attraverso il supporto e la promozione di nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale e intergenerazionale.

☐ Promuovere e realizzare strumenti di welfare che si propongano di connettere la popolazione anziana a risorse volte al miglioramento della qualità della vita, al rafforzamento delle relazioni, delle partecipazione e del senso di appartenenza, contribuendo a ridurre solitudine, fragilità e disuguaglianze sociali, in ottica di prevenzione ed equità sociale.

- Risorse territoriali *(individuazione di servizi/attività/interventi operanti in ambiti affini alla proposta progettuale)*

- Risultati attesi

- Aspetti di coerenza con il Piano regionale dell’Invecchiamento attivo 2026/28

- Servizi che si intende attivare / rafforzare

[1] Gli ambiti di intervento non sono alternativi tra di loro, ma possono rientrare entrambi in un’unica progettualità

- Descrizione delle azioni e modalità d'intervento

- Destinatari *(Tipologia, numero e modalità per la loro individuazione)*

- **Tempi previsti di realizzazione** *(durata max. 12 mesi da dich. avvio)*

PIANO ECONOMICO – Macrovoci di costo

Cod.	*Descrizione voce di costo*	*Attività*	*Importo*	*% su totale contr. reg.*
1	Spese per personale dipendente del capofila e/o degli altri Enti gestori facenti parte dell'A.T.S.*) – (indicare qualifica professionale, n. ore teoriche previste, costo orario)*			
2	Trasferimenti ad Enti del Terzo Settore *(individuati a seguito di procedure di co-progettazione)*			
3	Traferimenti ad Altri enti pubblici *(accordi ex art. 15 L. 241/1990)*			
4	Spese per acquisizione di servizi accessori			
5	Spese per incarichi esterni			
6	Spese per acquisti di beni di consumo (*max 20% del contributo regionale)*			

7	Spese per acquisto di beni durevoli *(max € 500 € cad.*) _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____
8	Altre spese: _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____
9	Spese generali *(forfettarie) (max. 7% del contributo regionale)*		_____	_____

TOTALE COSTI PROGETTO	€
CONTRIBUTO REGIONALE	€

Referente del progetto: _____

E-Mail: _____

Tel.: _____

Data: _____

FIRMA DEI LEGALI RAPPRESENTANTI