

## Scheda del soggetto attuatore e delle attività proposte - Allegato B



Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri

Ministro per le Disabilità

### **AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N. 16 “METROPOLITANO”**

(Deliberazione del Consiglio Regionale d'Abruzzo n. 70/3 del 09.08.2016)

#### **COMUNI ASSOCIATI**

**BRITTOLI – CAPPELLE SUL TAVO – CATIGNANO – CEPAGATTI – CITTA' SANT'ANGELO - CIVITAQUANA –  
ELICE – MOSCUFO – NOCCIANO – PIANELLA - ROSCIANO - SPOLTORE**

#### **COMUNE DI SPOLTORE**

#### **ENTE CAPOFILA AMBITO DISTRETTUALE**

#### **AVVISO PUBBLICO**

**PER LA COSTITUZIONE DI UN CATALOGO DI SOGGETTI ATTUATORI QUALIFICATI PER LA REALIZZAZIONE DI  
INTERVENTI E SERVIZI DI SOCIALIZZAZIONE A FAVORE DI PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO  
AUTISTICO**

**Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità – Annualità 2025**

**DGR Regione Abruzzo n. 154 del 31/03/2026**

**In attuazione del DM 13 ottobre 2025 e della programmazione operativa regionale approvata con  
DPG023/127 del 29/06/2026**

La presente scheda deve essere compilata dal soggetto che richiede l'iscrizione al Catalogo dei soggetti attuatori dell'ADS n. 16 “Metropolitano”.

### **1. DATI IDENTIFICATIVI DEL SOGGETTO**

**Denominazione/Ragione sociale:** \_\_\_\_\_

**Natura giuridica:** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale/P. IVA:** \_\_\_\_\_



|  |
|--|
|  |
|--|

#### 4. ATTIVITÀ PROPOSTE

Barrare le attività per le quali si richiede l'inserimento nel Catalogo dei Soggetti attuatori:

- ☐ **Campus, centri estivi e colonie**
- ☐ **Attività sportive e motorie**
- ☐ **Attività culturali, ricreative e outdoor**
- ☐ **Laboratori espressivi, artistici e musicali**
- ☐ **Socializzazione facilitata con pari**
- ☐ **Gruppi di socializzazione strutturata**

#### 5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Attività n. 1

**Denominazione:**

**Tipologia:**

**Descrizione dell'attività:**

**Finalità e obiettivi:**

**Modalità di svolgimento:**

**Durata della singola attività/prestazione:**

**Frequenza:**

**Periodo di svolgimento:**

Attività n. 2

**Denominazione:**

**Tipologia:**

**Descrizione dell'attività:**

**Finalità e obiettivi:**

**Modalità di svolgimento:**

**Durata della singola attività/prestazione:**

**Frequenza:**

**Periodo di svolgimento:**

## 6. SEDE DI SVOLGIMENTO

**Denominazione della sede:**

**Indirizzo:**

**Comune:**

**Caratteristiche della struttura:**

**Accessibilità per persone con disabilità:**

**Eventuali autorizzazioni necessarie per lo svolgimento delle attività:**

## 7. ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ

**Numero massimo di partecipanti per singola attività/gruppo:**

**Numero massimo di beneficiari con voucher accoglibili contemporaneamente:**

**Rapporto operatori/partecipanti:**

**Eventuale presenza di personale di supporto:**

**Eventuali modalità di accompagnamento/affiancamento:**

## 8. PERSONALE IMPIEGATO

| <b>N.</b> | <b>Qualifica/profilo</b> | <b>Funzione nell'attività</b> |
|-----------|--------------------------|-------------------------------|
| 1         |                          |                               |
| 2         |                          |                               |
| 3         |                          |                               |
| 4         |                          |                               |
| 5         |                          |                               |

**Il soggetto dichiara che il personale indicato possiede i requisiti e le competenze necessarie per lo svolgimento delle attività proposte.**

#### 9. MODALITÀ DI INCLUSIONE E PERSONALIZZAZIONE

Descrivere le modalità attraverso le quali le attività saranno adattate alle caratteristiche e alle esigenze individuali delle persone con disturbo dello spettro autistico:

Indicare, ove previsto, eventuali strumenti, metodologie o accorgimenti utilizzati:

#### 10. SICUREZZA

Indicare le misure adottate per garantire la sicurezza dei partecipanti durante lo svolgimento delle attività:

**Il soggetto dichiara di essere in regola con gli obblighi previsti dalla normativa vigente in materia di sicurezza, per quanto applicabile alla propria attività.**

## 11. COSTI DELLE ATTIVITÀ

Attività n. 1

Costo della singola prestazione/accesso:

€ \_\_\_\_\_

Costo settimanale:

€ \_\_\_\_\_

Costo mensile:

€ \_\_\_\_\_

Costo complessivo del percorso:

€ \_\_\_\_\_

Attività n. 2

Costo della singola prestazione/accesso:

€ \_\_\_\_\_

Costo settimanale:

€ \_\_\_\_\_

Costo mensile:

€ \_\_\_\_\_

Costo complessivo del percorso:

€ \_\_\_\_\_

I costi sopra indicati:

☐ comprendono tutti gli oneri relativi alla prestazione;

☐ non comprendono: \_\_\_\_\_

## 12. DOCUMENTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Il soggetto dichiara di poter produrre, per le attività effettivamente realizzate:

☐ fattura;

☐ ricevuta fiscale;

☐ altro documento fiscalmente valido: \_\_\_\_\_

e di poter attestare:

- il nominativo del beneficiario;
- la tipologia dell'attività;
- le date di svolgimento;
- il numero delle prestazioni/accessi;
- l'importo dovuto;
- l'avvenuto pagamento.

### 13. ULTERIORI INFORMAZIONI

#### DICHIARAZIONE FINALE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
in qualità di Legale Rappresentante del soggetto sopra indicato,

#### **DICHIARA**

che le informazioni contenute nella presente scheda sono veritiere e corrispondenti all'organizzazione e alle attività che il soggetto intende effettivamente mettere a disposizione dei beneficiari del voucher. Dichiaro inoltre di essere consapevole che l'ECAD potrà effettuare verifiche sulle informazioni dichiarate e richiedere documentazione integrativa.

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Il Legale Rappresentante**

Firma \_\_\_\_\_

**Timbro del Soggetto**