***Allegato\_2***

Regione Marche

Dirigente Settore Contrasto al Disagio

PEC: [regione.marche.contrastodisagio@emarche.it](mailto:regione.marche.contrastodisagio@emarche.it)

**OGGETTO: Richiesta contributo per le spese sostenute nell’anno 2024 per la realizzazione del Programma dei servizi per l’infanzia, l’adolescenza e il sostegno alla genitorialità, ai sensi della LR 9/2003**

**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di **Coordinatore dell’Ambito Territoriale**

con sede in:

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

L’erogazione del contributo assegnato, ai sensi della DGR 1770/2024, con il DDS \_\_\_\_\_\_\_

A tal fine D I C H I A R A

Che **nell’anno 2024** sono state attivate le seguenti tipologie di servizi per l’infanzia, l’adolescenza e il sostegno alla genitorialità, di cui all’art. 6, lettere c), d), e), f), g) della Legge Regionale n. 9/2003 ed indica la spesa prevista per la gestione ed il funzionamento degli stessi:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Tipologia di servizi*** | ***Numero servizi***  ***attivati\**** | ***Spesa sostenuta*** |
| Spazi per bambini, bambine e famiglie |  |  |
| Centri di aggregazione per bambini, bambine e adolescenti |  |  |
| Servizi itineranti |  |  |
| Servizi domiciliari di sostegno alle funzioni educative e familiari |  |  |
| Servizi di sostegno alle funzioni genitoriali |  |  |
| Servizi a carattere socio educativo estivi |  |  |
| TOTALI LI |  |  |

\*Indicare il numero complessivo dei servizi a livello dell’intero territorio dell’ATS

***Descrizione per servizio***

1. ***Spazi per bambini, bambine e per famiglie***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione e luogo**  **del servizio** | **Ente titolare**  **del servizio** | **Ente gestore**  **del servizio** | **Periodo di apertura**  **(da mese a mese)** | **Spesa sostenuta** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. ***Centri di aggregazione per bambini, bambine e adolescenti***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione e luogo**  **del servizio** | **Ente titolare**  **del servizio** | **Ente gestore**  **del servizio** | **Periodo di apertura**  **(da mese a mese)** | **Spesa sostenuta** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. ***Servizi itineranti***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione e luogo**  **del servizio** | **Ente titolare**  **del servizio** | **Ente gestore**  **del servizio** | **Periodo di apertura**  **(da mese a mese)** | **Spesa sostenuta** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. ***Servizi domiciliari di sostegno alle funzioni educative e familiari genitoriali***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione / descrizione del servizio** | **Comuni coinvolti nell’intervento** | **Ente titolare**  **del servizio** | **Ente gestore**  **del servizio** | **Periodo di realizzazione (da mese a mese)** | **Spesa sostenuta** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. ***Servizio di sostegno alle funzioni genitoriali***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione / descrizione del servizio** | **Comuni coinvolti nell’intervento** | **Ente titolare**  **del servizio** | **Ente gestore**  **del servizio** | **Periodo di realizzazione (da mese a mese)** | **Spesa sostenuta** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. ***Servizi a carattere socio educativo estivi***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione e luogo del servizio** | **Comuni coinvolti nell’intervento** | **Ente titolare**  **del servizio** | **Ente gestore**  **del servizio** | **Periodo di apertura (da mese a mese)** | **Spesa sostenuta** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Luogo e Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Coordinatore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_*