



marca
da bollo

Indicare il motivo di esenzione :

REGIONE DEL VENETO

Legge Regionale 16 dicembre 1999, n. 55 "Interventi regionali per la promozione dei diritti umani, la cultura di pace, la cooperazione allo sviluppo e la solidarietà"
L.R. n. 1 del 27 febbraio 2008, articolo 75 "Intervento regionale a favore del personale medico e infermieristico del servizio sanitario nazionale del Veneto per le iniziative di cui alla Legge Regionale 16 dicembre 1999, n. 55 Legge Regionale finanziaria per l'esercizio 2008"

Modulo di domanda

Sostegno ad iniziative di cooperazione decentrata in campo sanitario
Articolo 75, L.R. n. 1/2008"
anno 2008

Nota: la compilazione è obbligatoria in ogni sua parte, inclusa la selezione delle caselle comportanti assegnazione di punteggio, pena la non attribuzione dello stesso.

Al Signor Presidente
della Giunta Regionale del Veneto
Direzione Relazioni internazionali
Cooperazione internazionale
Diritti umani e Pari opportunità
Dorsoduro, 3494/A - Rio Novo
30123 – V E N E Z I A

PARTE PRIMA: richiesta di contributo

Il sottoscritto _____, in qualità di legale rappresentante dell'ente

_____ con sede a _____,

visto l'Avviso del Dirigente regionale della Direzione Relazioni internazionali, Cooperazione internazionale, Diritti umani e Pari opportunità, e consapevole che la mancata rispondenza anche ad una soltanto delle condizioni di ammissibilità in esso indicate costituirà motivo di non ammissibilità ai fini della concessione del contributo regionale

CHIEDE

Ai sensi della L.R. n. 1/2008 – articolo 75, il contributo regionale per favorire la partecipazione di personale medico e infermieristico ad iniziative di cooperazione allo sviluppo in campo sanitario per:

(Titolo dell'iniziativa)

Empty box for the title of the initiative.

Il sottoscritto, in considerazione della normativa sopra evidenziata, dichiara altresì quanto segue, relativamente ai dati riferiti all'ente che rappresenta, ed al progetto per il quale chiede il contributo.

PARTE SECONDA: dati relativi al richiedente

A. Dati generali relativi al richiedente

Nota: i dati sottostanti valgono per tutti i soggetti richiedenti, qualunque sia la loro tipologia.

Denominazione ente richiedente

SEDE LEGALE Via e numero civico CAP - Città Provincia

Telefono fax e-mail

Codice fiscale/Partita IVA

Referente per il progetto

Nome e cognome

Telefono fax e-mail

B. Requisiti del richiedente (punto III dell'Avviso)

L'Ente rientra in una delle seguenti tipologie di soggetti (barrare la casella che interessa):

- Struttura sanitaria pubblica
- Ospedale classificato
- Università
- Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico
- Struttura sanitaria privata accreditata

PARTE TERZA: dati relativi all'iniziativa**A. Partenariato**

Nota: i soggetti partner diversi da Ong, Onlus e dagli enti senza fine di lucro devono obbligatoriamente attestare di partecipare all'iniziativa senza finalità di lucro mediante dichiarazione sostitutiva (resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 - comprensiva quindi di copia del documento di identità del dichiarante) a firma del rispettivo legale rappresentante da allegare alla presente domanda.

nr	Partner in Italia	Sede	Livello di coinvolgimento 1. Programmazione 2. Gestione operativa 3. Diffusione 4. Fruizione dell'intervento
	<i>Partner nel PAESE di intervento</i>		

B. Area di intervento

Nota: Indicare l'area geografica, lo Stato, la località - Regione, Provincia, Distretto - sulla quale si interviene.

<p>Area Geografica:</p> <p>Stato:</p> <p>Località:</p>
--

Nota: allegare una cartina geografica con evidenziata l'area di intervento

PARTE TERZA: dati relativi all'iniziativa**C. Tipologia dell'iniziativa (punto IV dell'Avviso)**

<input type="checkbox"/> A	<p>Iniziativa che implementa un progetto di cooperazione presentato e/o finanziato ai sensi della L.R. n. 55/1999</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> iniziativa diretta della Regione in partenariato con Enti Pubblici veneti;<input type="checkbox"/> iniziativa partecipata della Regione in collaborazione con Enti e organismi nazionali e sopranazionali<input type="checkbox"/> iniziativa a contributo, per progetti promossi da enti ed organismi privati. <p><u>Ente capofila</u> (beneficiario di contributo regionale):</p> <p><u>Titolo progetto:</u></p> <p>Importo del finanziamento regionale:</p> <p>€ _____</p> <p><u>Anno/i di finanziamento e provvedimento regionale di approvazione:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 2006 dgr n. _____ del<input type="checkbox"/> 2007 dgr n. _____ del<input type="checkbox"/> 2008 dgr n. _____ del
<input type="checkbox"/> B	<p>Nuova iniziativa, che rientra nelle finalità della L.R. n.55/1999 e rispetta i vincoli degli strumenti di programmazione previsti dalla legge</p>

PARTE TERZA: dati relativi all'iniziativa

D. Descrizione sintetica dell'iniziativa:

Nota Nel caso di iniziativa rientrante nella tipologia di cui al precedente punto(A), **dettagliare** quale **implementazione** e/o **integrazione** e/o **sviluppo** dell'azione sanitaria si intende apportare rispetto a quanto già previsto dal progetto, nel quale il personale sanitario medico e infermieristico insiste.

E. Beneficiari del progetto

Nota: descrizione nella quale evidenziare il criterio adottato per la individuazione dei beneficiari. Lo spazio da compilare non è limitato.

PARTE QUARTA: personale sanitario impiegato

A. PERSONALE MEDICO

al quale il datore di lavoro ha **concesso o si impegna a concedere** l'aspettativa retribuita (**punto V /a dell'Avviso**)

1) Nome e cognome

Ruolo/Funzione

Data di nascita *Luogo di nascita (Comune - provincia - Stato)*

Codice Fiscale

Aspettativa

Periodo di aspettativa retribuita concesso dal _____ al _____

2) Nome e cognome

Ruolo/Funzione

Data di nascita *Luogo di nascita (Comune - provincia - Stato)*

Codice Fiscale

Aspettativa

Periodo di aspettativa retribuita concesso dal _____ al _____

NOTA: ripetere per ogni medico

PARTE QUARTA: personale sanitario impiegato

B. PERSONALE INFERMIERISTICO

al quale il datore di lavoro ha **concesso o si impegna a concedere** l'aspettativa retribuita (punto V /a dell'Avviso)

1) Nome e cognome

Ruolo/Funzione

Data di nascita

Luogo di nascita (Comune - provincia - Stato)

Codice Fiscale

Aspettativa

Periodo di aspettativa retribuita concesso dal _____ al _____

2) Nome e cognome

Ruolo/Funzione

Data di nascita

Luogo di nascita (Comune - provincia - Stato)

Codice Fiscale

Aspettativa

Periodo di aspettativa retribuita concesso dal _____ al _____

NOTA: ripetere per ogni infermiere

PARTE QUINTA: quadro economico

A. COSTI

(personale indicato nella PARTE QUARTA. Prima della compilazione leggere attentamente il punto IX dell'Avviso)

	<i>Unità</i>	<i>Durata</i>	<i>Costo unitario</i> €	<i>Totale parziale</i> €	<i>Totale per voce di costo</i> €
RISORSE UMANE¹					
PERSONALE MEDICO					
PERSONALE INFERMIERISTICO					
TOTALE COSTI					

B. Entrate

	Importo
A) Quota a carico del soggetto richiedente in forma di autofinanziamento	€
B) Quota a carico del o dei partners del progetto	€
D) Quote <u>già coperte</u> da altre fonti di finanziamento in forma di: <ul style="list-style-type: none"> • Contributi pubblici (specificare) _____ • Contributi privati (specificare) _____ 	€
E) FINANZIAMENTO RICHIESTO ALLA REGIONE VENETO (max € 50.000,00)	€
Totale delle entrate dell'iniziativa	€

¹ = Indicare il costo giornaliero per ciascuna persona coinvolta (uomo/giorno). **NB:** Voci incluse: la parte fissa e continuativa della retribuzione, con l'aggiunta dell'indennità di servizio all'estero. **Voci escluse:** gli emolumenti legati all'effettiva prestazione del servizio in Italia.

RIEPILOGO FINALE

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE LA PRESENTE SCHEDA SI COMPONE DI

- RICHIESTA DI CONTRIBUTO (Parte Prima)
- DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE (Parte Seconda)
- DATI RELATIVI ALL'INIZIATIVA (Parte Terza)
- DATI RELATIVI AL PERSONALE SANITARIO IMPIEGATO (Parte Quarta)
- QUADRO ECONOMICO (Parte Quinta)

Il sottoscritto

- **certifica**, sotto il profilo sanitario, l'iniziativa di cooperazione sopra descritta, per la quale è prevista /concessa l'aspettativa al proprio personale dipendente, in termini di rilevanza, incidenza, significatività e sostenibilità;
- **dichiara** di non aver richiesto né ricevuto altri contributi ai sensi della L. 49/1987 sull'iniziativa presentata né su alcuno degli interventi in essa previsti;
- **autorizza** il trattamento dei dati personali da parte degli uffici regionali per le finalità previste dalla L.R. n. 55/1999, capo III, e art. 75 L.R. 1/2008, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del regolamento regionale attuativo n. 2/2006, modificato dal regolamento regionale n. 1/2007.

Data _____

Firma del Rappresentante legale

Allegati alla domanda (obbligatori): (barrare la casella)

- DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'ENTE RICHIEDENTE
- LETTERA DI ADESIONE DEI PARTNERS