**SCHEDA PROPOSTA PROGETTO**

**PROFESSIONISTA SANITARIO 2025 IL VALORE AGGIUNTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **CDA PROPONENTE***Indicare la CDA o le CDA proponenti del progetto* |  |
| **ENTI ESTERNI COINVOLTI***Indicare eventuali altre CDA o Enti esterni coinvolti nella progettazione, breve descrizione degli stessi e natura del coinvolgimento* |  |
| **REFERENTE PROGETTO**  | *Nome…………………………………………………………………………………………………………………………**Cognome…………………………………………………………………………………………………………………..**Cell……………………………………………………………..**Email……………………………………………………………* |
| **TITOLO PROGETTO**  |  |
| **PROGETTO TIPO “A”****DESCRIZIONE /EVENTO***indicare la motivazione e quale obiettivo si prefigge di raggiungere con l’evento, quali ricadute può avere**descrivere il progetto nella sua forma, indicandone il tipo di attività e come si svilupperà (totale ore, destinatari, numero)**fare riferimento ai criteri di valutazione del bando* |  |
| **CRONOPROGRAMMA***Indicare le diverse fasi di progettazione e realizzazione del progetto, ipotizzandone le tempistiche* |  |
| **PROGETTO TIPO “B”***indicare brevemente di cosa tratta* |  |

**IPOTESI DI PIANO FINANZIARIO**

|  |
| --- |
| Spese previste |
| 1 | Affitto sale, spazi, locali | € |
| 2 | Noleggio materiali | € |
| 3 | Acquisto materiali usurabili | € |
| 4 | Compensi e rimborso relatori/formatori | € |
| 5 | Pubblicità e comunicazione | € |
| 6 | Rimborso spese per viaggi | € |
| 7 | Rimborso spese per eventi | € |
| 8 | Vitto e alloggio | € |
| 9 | Altro 1 (specificare) | € |
| 10 | Altro 2 (specificare) | € |
| 11 | Altro 3 (specificare) | € |
| 12 | Altri finanziamenti/sponsor | € |
|  | **Importo Totale**  | € |

**I totali non saranno rivedibili**, ma in fase di valutazione potranno essere apportate delle compensazioni sulle singole voci che i proponenti dovranno giustificare.

 L’importo delle voci di spesa indicate deve essere al **LORDO** di iva e ritenuta d’acconto.

La presente domanda deve essere trasmessa a mezzo PEC all’indirizzo **trento@pec.tsrm.org** riportando come oggetto la dicitura “**PROGETTO PROFESSIONISTA SANITARIO 2025 IL VALORE AGGIUNTO”** entro e non oltre il giorno **15/04/2025**.

Luogo e data Firma del Presidente di CDA