**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**](mailto: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