ALLEGATO C

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALL’INDIVIDUAZIONE DI ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E/O PROMOZIONE SOCIALE A CUI AFFIDARE IL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE PER 18 MESI, AI SENSI DEL D.LGS. 3 LUGLIO 2017, n. 117- CODICE DEL TERZO SETTORE.**

**Scheda Organizzazione**

Denominazione Associazione/Organizzazione

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

P. IVA/ C.F. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Sede legale: Comune di ……………………………………………………………….. Via/P.zza ……………………………………..………..

Telefono ..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

E-mail ………………………………………………………..……….……..…. PEC ……………………………………………………………………….

Sede operativa presso il Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (se diversa dalla sede legale):

Comune di ………………………………………………………………..…….. Via/P.zza ……………………………………………….…………..

Telefono ..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

E-mail ………………………………………………………..……….……..…. PEC ……………………………………………………………………….

Referente /Coordinatore per la Convenzione: ………………………………………………………………………………………………

Telefono …………………………………………………………… Cell. …………………………………………………………………………………..

E-mail ………………………………………………………..……….……..…. PEC ……………………………………………………………………….

1)Numero totale di personale volontario iscritto e assunto contrattualmente: ……………………………………………

2)Numero totale di volontari iscritti e personale assunto contrattualmentededicati alla convenzione in oggetto: ……………………………………………………, di cui n.……………………in possesso di adeguato titolo di guida;

3) Numero di autoveicoli disponibili o proprietà dell’Organizzazione/Associazione messi a disposizione per il servizio: n. …………………………………………………..

* Caratteristiche mezzi di trasporto:
* Marca e modello …………………………………………………………………………………………
* Anno immatricolazione ....……………………………………………………………………………
* Posti a sedere ………………………………………………………………………………………………
* Accessibilità per carrozzine SI □ NO □
* Caratteristiche mezzi di trasporto:
* Marca e modello …………………………………………………………………………………………
* Anno immatricolazione ....……………………………………………………………………………
* Posti a sedere ………………………………………………………………………………………………
* Accessibilità per carrozzine SI □ NO □

5) Numero di anni (o frazione di anno superiore a 6 mesi) di esperienza nell’ambito della gestione del trasporto sociale o in servizi analoghi rivolti a disabili, anziani, famiglie con minori, in generale, soggetti fragili e con ridotta mobilità:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PERIODO  | ENTE/……….  | ATTIVITÀ |
| Dal …………………………….. al …………………………………. |  |  |
| Dal …………………………….. al …………………………………. |  |  |
| Dal …………………………….. al …………………………………. |  |  |
| Dal …………………………….. al …………………………………. |  |  |
| Dal …………………………….. al …………………………………. |  |  |
| Dal …………………………….. al …………………………………. |  |  |
| Dal …………………………….. al …………………………………. |  |  |
| Dal …………………………….. al …………………………………. |  |  |
| Dal …………………………….. al …………………………………. |  |  |
| Dal …………………………….. al …………………………………. |  |  |

5) Numero ore di formazione e/o aggiornamento dei volontari effettuate nell’ultimo biennio (01/09/2021– 01/09/2023): …………………………

6) Eventuali proposte migliorative o innovative ovvero di ottimizzazione delle risorse rispetto alle attività già indicate nell’Avviso, dalle quali si evinca anche il legame dell’Organizzazione con il territorio (senza ulteriori oneri per il Gal), descrivere

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

In fede

DATA…………………………………………………… FIRMA……………………………………………………………………