

Alla
 PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
 UMSe Prevenzione della violenza e
 della criminalità
umse.prevenzionecriminalita@pec.provincia.tn.it

**DOMANDA DI LIQUIDAZIONE DEL SECONDO/TERZO ACCONTO DEL CONTRIBUTO A COPERTURA
 DELLE SPESE RELATIVE ALLA REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO CENTRO ANTIVIOLENZA**

(L.p. 27 luglio 2007, n. 13, art. 36bis)

Il sottoscritto/La sottoscritta

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ (prov. _____) il ____ / ____ / ____

codice fiscale

nella sua qualità di legale rappresentante di:

_____ (indicare la corretta denominazione)

avente sede legale in via/piazza _____ n. _____

nel Comune di _____ (prov. _____) CAP _____

codice fiscale

partita I.V.A.

avendo presentato domanda di contributo ai sensi dell'articolo 36 bis della legge provinciale L.p. 27 luglio 2007, n. 13, per _____

(specificare l'oggetto del servizio come indicato nel bando, articolo 1)

CUP: _____

CHIEDE

la liquidazione della quota di contributo a copertura delle spese relative alla gestione del servizio, per l'anno _____ relativa al

secondo acconto

terzo acconto

FIRMA DEL/DELLA LEGALE RAPPRESENTANTE

.....
 (luogo e data)

.....
 (timbro e firma)



Divieto delle “revolving doors” – articolo 53, comma 16-ter, d. lgs. 165/2001

“I dipendenti pubblici che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all’articolo 1, comma 2, non possono svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti”.

Alla domanda è allegata la seguente documentazione:

1. fotocopia di un documento d’identità del richiedente (se la domanda è sottoscritta con firma autografa e non in presenza del dipendente addetto);
2. sintetica relazione sull’attività svolta da inizio anno fino al 31 marzo per il secondo acconto e fino al 30 giugno per il terzo acconto;
3. dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà relativa alla ritenuta del 4% sul contributo, presente sul sito <https://www.provincia.tn.it/Servizi/Contributi-per-servizi-antiviolenza> e sul sito <https://trentinosociale.provincia.tn.it>.



Relazione TRIMESTRALE dell'attività svolta allegata alla domanda di liquidazioneOggetto del servizio: **CENTRO ANTIVIOLENZA**

CUP: _____

Responsabile per la gestione/realizzazione del servizio

Nome e Cognome _____	
e-mail _____	telefono _____

Periodo di riferimento:

- periodo gennaio* (per il primo anno dalla data di inizio del servizio) – *marzo* _____ (inserire anno di riferimento)
per il secondo acconto
- periodo gennaio* (per il primo anno dalla data di inizio del servizio) – *giugno* _____ (inserire anno di riferimento)
per il terzo acconto
- periodo gennaio* (per il primo anno dalla data di inizio del servizio) – *settembre* _____ (inserire anno di riferimento)
per il quarto acconto

Organizzazione del servizio

(Da compilare relativamente al periodo sopra indicato)

a) Tempi e orari del servizio

	Sede di Rovereto	Sede di Cles	Sede di Cavalese
Orari di apertura			
Reperibilità telefonica			

b) Descrizione del personale impiegato

	Preso servizio (data)	Cessato servizio (data)	Possesso requisiti (art. 10 della Conven- zione)	Formazione iniziale
Operatrice 1			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 60 ore teoria <input type="checkbox"/> 60 ore di affiancamento
Operatrice 2			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 60 ore teoria <input type="checkbox"/> 60 ore di affiancamento
Operatrice 3			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 60 ore teoria <input type="checkbox"/> 60 ore di affiancamento
Operatrice 4			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 60 ore teoria <input type="checkbox"/> 60 ore di affiancamento
Operatrice 5			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 60 ore teoria <input type="checkbox"/> 60 ore di affiancamento
Operatrice 6			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 60 ore teoria <input type="checkbox"/> 60 ore di affiancamento



Coordinatrice	Preso servizio (data)	Cessato servizio (data)	Possesso requisiti (art. 10 della Convenzione)	Formazione iniziale	Ore settimanali sede Rovereto
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 60 ore teoria <input type="checkbox"/> 60 ore di affiancamento	

Direttrice	Preso servizio (data)	Cessato servizio (data)	Ore settimanali presso la sede Rovereto

c) Descrizione sintetica delle attività realizzate nel periodo

1. Attività di accoglienza delle donne (art. 4 c. 4 della Convenzione)
2. Attività di sensibilizzazione, informazione e prevenzione sul fenomeno (art. 4 c. 5 della Convenzione)
3. Attività di informazione e sensibilizzazione presso istituzioni ed enti ubicati nei territori delle sedi periferiche (art. 4 c. 6 della Convenzione)
4. Partecipazione alla rete dei servizi presenti sul territorio per favorire un approccio integrato (art. 4 c. 7 della Convenzione)
5. Lavoro di rete con le risorse territoriali (in particolare con le Case rifugio e il Servizio sociale territoriale - art. 4 c. 8 della Convenzione)
6. Consulenze (art. 8 della Convenzione)

d) Dati statistici inerenti le attività del servizio realizzato

1. **Giornate di apertura del centro:** _____
2. **Numero di donne accolte:** _____ (di cui _____ già in carico nell'anno precedente e _____ nuove accoglienze)
 - a) Numero colloqui telefonici _____
 - b) Numero colloqui in presenza _____
 - c) Numero colloqui in collegamento a distanza _____
3. **Numero di familiari** _____
4. **Altre persone** _____
5. **Consulenze per altri servizi e istituzioni:** _____
6. **Valutazione del rischio:** in collaborazione con il SST _____ in collaborazione con FFOO _____ in collaborazione con APSS _____ in collaborazione con Istituzioni _____ in collaborazione con altri servizi _____



e) Destinatari delle attività del servizio

FIRMA DEL/DELLA LEGALE RAPPRESENTANTE

.....
(luogo e data)

.....
(timbro e firma)

