

ALLEGATO 2

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

AVVISO PUBBLICO PER L'INDIVIDUAZIONE DI ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO/ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE INTERESSATE ALLA COLLABORAZIONE IN PARTENARIATO AL PROGETTO REGIONALE "SOLLIEVO" A FAVORE DELLE PERSONE AFFETTE DA DECADIMENTO COGNITIVO E MALATTIA DI PARKINSON (DGR 1873/2013) NEL TERRITORIO AFFERENTE ALL' A. ULSS 5 POLESANA

E PER L'INDIVIDUAZIONE DI UN CENTRO DI SOLLIEVO NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' PREVISTE DAL FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE 2024-2026 (DGR n. 1344 del 14 novembre 2024, DDR n. 32 del 04 giugno 2025)

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

codice fiscale _____

in qualità di legale rappresentante dell'Associazione _____

con sede legale in via _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA _____ Tel. _____ cell. _____

e-mail _____ PEC: _____

con la presente manifesta il proprio interesse a svolgere l'attività volontaria per la realizzazione del Progetto "Sollievo" a favore delle persone affette da decadimento cognitivo nel territorio afferente all'A.ULSS 5 Polesana - IX^a annualità di cui all'avviso esplorativo indicato in oggetto. In relazione al suddetto avviso il sottoscritto, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo DPR 28.12.2000, n.445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. l'esperienza nella gestione dell'attività di cui al presente avviso:

Dal _____ Al _____

Sede delle attività _____

Centri Sollievo attivati nel territorio dell'A.ULSS 5 Polesana _____

Descrizione delle attività condotte

Numero di utenti coinvolti: _____

Numero volontari coinvolti: _____

Numero e qualifica di professionisti eventualmente coinvolti Descrizione delle collaborazioni attivate:

Nominativo dei volontari e dei professionisti che si intende coinvolgere nel/i Progetto/i

- | | | |
|-------------------------|-----------------------|-----------------|
| 1. Nome e Cognome _____ | Data di nascita _____ | Qualifica _____ |
| _____ | | |
| 2. Nome e Cognome _____ | Data di nascita _____ | Qualifica _____ |
| _____ | | |
| 3. Nome e Cognome _____ | Data di nascita _____ | Qualifica _____ |
| _____ | | |
| 4. Nome e Cognome _____ | Data di nascita _____ | Qualifica _____ |
| _____ | | |
| 5. Nome e Cognome _____ | Data di nascita _____ | Qualifica _____ |
| _____ | | |
| 6. Nome e Cognome _____ | Data di nascita _____ | Qualifica _____ |
| _____ | | |

Descrizione delle attività che si intendono promuovere nell'ambito del Progetto "Solievo", anche di carattere innovativo

Descrizione dell'esperienza maturata nel supporto psicologico e psicoeducazionale a persone con disturbo neurocognitivo, ai familiari e ai caregiver, gestione dei gruppi di supporto con i soggetti con disturbo neurocognitivo in fase iniziale

Allega: titoli professionisti dedicati alle attività dei Centri Solievo evidenziando in particolare per il personale con Laurea Magistrale in Psicologia eventuale Specializzazione in Neuropsicologia, ovvero Psicoterapia, ovvero Psicologia clinica, ovvero Psicologia del ciclo di vita, ovvero Psicologia della salute, ovvero Valutazione psicologica e consulenza

Data

FIRMA DEL LEGALE
RAPPRESENTANTE