

Prot. n. 3721
del 26/06/2018

CONSORZIO C.I.S.S.
Consorzio Intercomunale per i Servizi Socio-Sanitari

Al Sindaco del Comune di:

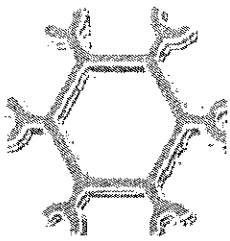
1. Comune di Sant'Antonio Abate (NA)
2. Comune di Cercola (NA)
3. Comune di Sant'Arpino (CE)
4. Comune di Castel Volturno (CE)
5. Comune di Gricignano di Aversa (CE)
6. Comune di Palma Campania (NA)
7. Comune di Poggiomarino (NA)
8. Comune di Somma Vesuviana (NA)
9. Comune di Roccabascerana (AV)
10. Comune di Terzigno (NA)
11. Comune di Villaricca (NA)
12. Comune di San Nicola La Strada(CE)
13. Comune di Acerra (NA)
14. Comune di Ottaviano (NA)
15. Comune di Cesa (CE)
16. Comune di Recale (CE)
17. Comune di Saviano (NA)
18. Comune di Cellole (CE)
19. Comune di Casandrino (NA)
20. Comune di Lusciano (CE)
21. Comune di Crispano (NA)
22. Comune di Afragola (NA)

**Oggetto: LETTERA DI INVITO PER EROGAZIONE DI FINANZIAMENTI AI COMUNI
CONSORZIATI CON SEDE FARMACEUTICA APERTA PER PROGETTI SU
TEMATICHE SOCIO SANITARIE (SESTA EDIZIONE).**

C.I.S.S.
Consorzio
Intercomunale
Per i Servizi
Socio Sanitari

Sede legale
c/o In.co.farma S.p.A.
80143 Napoli
Centro Direzionale
Isola C9/ scala A - Int.80

tel./fax 081/5623793
Partita Iva 04668711213
consorziociss@pec.it
info@consorziociss.com
www.consorziociss.com



Il C.I.S.S. intende sostenere nuovamente iniziative progettuali su tematiche socio-sanitarie presentate dai Comuni facenti parte del medesimo Consorzio, con almeno una sede farmaceutica aperta.

Ciascun Comune è pertanto invitato a presentare richiesta di finanziamento per un importo massimo di € 10.000,00, in virtù di quanto deliberato nell'assemblea dei soci del 10/05/2018.

Una parte del finanziamento, di importo minimo pari ad € 5.000,00, sarà destinata alla redazione e divulgazione di materiale informativo per la sensibilizzazione socio sanitaria relativamente a tematiche scelte dal Comune richiedente, tra quelle di seguito indicate:

- Educazione alimentare e corretti stili di vita;
- Prevenzione e cura delle patologie dell'apparato respiratorio;
- Vaccinazione e prevenzione delle patologie virali;
- Patologie cutanee – Prevenzione dai danni dell'esposizione solare.

Alle attività in questione sarà connessa la emissione di voucher farmaceutici, del valore di € 10,00 ciascuno, che andranno a completamento dell'attività di educazione sanitaria. I voucher in questione saranno destinati, in coerenza con la normativa vigente e con il progetto prescelto, per l'acquisto di prodotti parafarmaceutici, alimentari e farmaci di automedicazione.

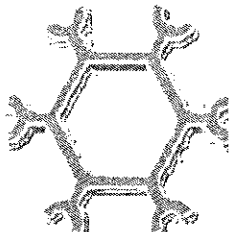
L'importo relativo alla erogazione dei voucher sarà imputato a conto economico Bilancio Ciss per gli anni 2018/2019.

L'emissione del materiale informativo e dei voucher sarà affidata alla Inco.Farma Spa, che si occuperà, previa disposizione del Consorzio, anche della relativa consegna del materiale presso ogni Comune richiedente. Un volta consegnato il materiale da parte della Inco.Farma spa, sarà cura di ciascun Comune provvedere alla distribuzione dello stesso ai soggetti individuati come beneficiari secondo criteri di pubblicità e di trasparenza (per es.: da individuarsi previa valutazione

C.I.S.S.
Consorzio
Intercomunale
Per i Servizi
Socio Sanitari

Sede legale
c/o In.co.farma S.p.A.
80143 Napoli
Centro Direzionale
Isola C9/ scala A - Int.80

tel./fax 081/5623793
Partita Iva 04668711213
consorziociss@pec.it
info@consorziociss.com
www.consorziociss.com



del modello ISEE, nuclei familiari e/o individui in stato di indigenza già noti ai Servizi Sociali, comunità e/o associazioni che operano a favore di soggetti svantaggiati). Il progetto troverà la sua conclusione presso le farmacie comunali ovvero presso le case comunali, dove sarà divulgato, in maniera dettagliata, il materiale distribuito dai Comuni.

La restante parte del finanziamento, qualora non interamente utilizzata per l'emissione dei voucher connessi alle attività di sensibilizzazione socio sanitaria, potrà essere richiesta per la realizzazione di un progetto le cui finalità dovranno essere quelle di seguito indicate:

- attività di collaborazione, anche con associazioni, nel settore Socio-Assistenziale nonché Socio-Sanitario;
- campagne di igiene e prevenzione medico- psicologica;
- studi e ricerche nel campo socio-sanitario;
- implementazione e miglioramento delle attrezzature Socio-Sanitarie riferite alle strutture comunali.

L'importo relativo al finanziamento erogato mediante la realizzazione dei suddetti progetti sarà imputato a conto riserve utili del Bilancio Ciss 2017 ed anni precedenti.

Articolo 1. TERMINI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE

DI CONTRIBUTO.

La domanda di contributo dovrà essere redatta utilizzando la modulistica allegata alla presente.

La domanda sottoscritta dal legale rappresentante del Comune richiedente deve essere inoltrata utilizzando i seguenti modelli:

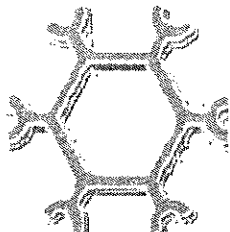
MODELLO A

A1 "Domanda di contributo"

**C.I.S.S.
Consorzio
Intercomunale
Per i Servizi
Socio Sanitari**

Sede legale
c/o In.co.farma S.p.A.
80143 Napoli
Centro Direzionale
Isola C9/ scala A - Int.80

tel./fax 081/5623793
Partita Iva 04668711213
consorziociss@pec.it
info@consorziociss.com
www.consorziociss.com



A2 “Budget di progetto”

MODELLO B

“Redazione analitica delle attività progettuali proposte”.

MODELLO C

“Domanda di contributo – Rendicontazione delle attività svolte”.

La domanda deve essere presentata entro le ore 12,00 del giorno 31/07/2018, a mezzo PEC al seguente indirizzo: consorziociss@pec.it; oppure a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento (in quest'ultimo caso, farà fede il timbro postale) al seguente indirizzo:

Consorzio C.I.S.S., Centro Direzionale – Isola C9, scala A 16° piano, int. 80, 80143 Napoli.

La domanda, se effettuata a mezzo del servizio postale, dovrà pervenire in busta chiusa, controfirmata sui lembi di chiusura recante all'esterno l'intestazione del mittente e la dicitura:

“Domanda concessione contributo per progetti su tematiche socio-sanitarie”.

Alla domanda, opportunamente timbrata e firmata, deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità del sottoscrittore.

Articolo 2. MOTIVI DI INAMMISSIBILITA'

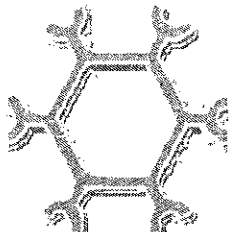
Non verranno prese in considerazione le domande che, oltre ad essere prive dei requisiti e dei documenti richiesti, risulteranno:

- presentate oltre il termine del 31/07/2018;
- non contenenti i modelli compilati A e B;
- prive di uno o più documenti elencati nel modello A1;
- prive della firma del legale rappresentante e relativa copia del documento di riconoscimento;

**C.I.S.S.
Consorzio
Intercomunale
Per i Servizi
Socio Sanitari**

Sede legale
c/o In.co.farma S.p.A.
80143 Napoli
Centro Direzionale
Isola C9/ scala A - Int.80

tel./fax 081/5623793
Partita Iva 04668711213
consorziociss@pec.it
info@consorziociss.com
www.consorziociss.com



- corredate di progetti formulati in modo generico, non descritti analiticamente secondo i modelli predisposti.

In caso di mancato versamento della quota consortile da parte dei Comuni Consorziati la stessa verrà compensata sull'importo del progetto approvato.

Articolo 3. VALUTAZIONE DEI PROGETTI

I progetti saranno valutati dall'esperto, appositamente convenzionato con il Consorzio e scelto tra gli iscritti nell'albo dei professionisti, che verificherà la rispondenza degli stessi rispetto ai requisiti della presente lettera di invito ed agli scopi Consortili.

Articolo 4. MODALITA' DI ASSEGNAZIONE DEI CONTRIBUTI.

Il Direttore Generale provvederà all'ammissione dei Comuni al finanziamento previa la verifica di cui ai punti 2 e 3.

I progetti dovranno terminare entro il 30/06/2019, salva la possibilità del Consorzio di poter concedere una proroga fino al 31/07/2019 qualora sussistano giustificati motivi.

La comunicazione di avvio del progetto, ovvero di emissione dei voucher, da parte del Comune Consorziato beneficiario del finanziamento dovrà essere trasmessa al C.I.S.S. a mezzo PEC al seguente indirizzo consorziociss@pec.it.

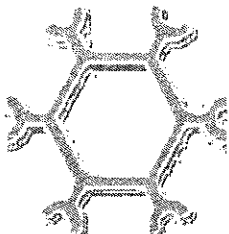
Entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta comunicazione il C.I.S.S. provvederà a liquidare l'importo del 20% del totale finanziato.

In una fase successiva sarà cura del Comune Consorziato trasmettere una relazione intermedia sullo stato di avanzamento del progetto stesso corredata di eventuale documentazione inerente le

**C.I.S.S.
Consorzio
Intercomunale
Per i Servizi
Socio Sanitari**

Sede legale
c/o In.co.farma S.p.A.
80143 Napoli
Centro Direzionale
Isola C9/ scala A - Int.80

tel./fax 081/5623793
Partita Iva 04668711213
consorziociss@pec.it
info@consorziociss.com
www.consorziociss.com



attività svolte. La ricezione della predetta comunicazione intermedia è necessaria ai fini della liquidazione dell'ulteriore 40% dell'importo finanziato.

L'erogazione del finanziamento sarà sospesa in caso di inadempimento delle comunicazioni di inizio attività e di stato avanzamento dei lavori progettuali ovvero della non corretta rendicontazione finale così come previsto dal presente avviso.

Articolo 5. PROCEDURA DI RENDICONTAZIONE

Le spese finanziate saranno soggette a rendicontazione finale sottoscritta dal legale rappresentante del Comune e corredata dei relativi documenti giustificativi, la quale dovrà essere effettuata per l'intero importo compilando il Modello C.

La rendicontazione finale e la relazione sul raggiungimento degli obiettivi previsti e sulle attività svolte indicate nella domanda di contributo dovranno essere trasmesse al C.I.S.S. entro trenta giorni dall'ultimazione del progetto.

Il C.I.S.S. disporrà accertamenti intesi a verificare l'effettivo e corretto impiego del contributo per le attività programmate, adottando, qualora gli esiti di tali accertamenti lo richiederanno, i provvedimenti di revoca e di ripetizione del contributo nel rispetto della normativa vigente.

Articolo 6. INFORMAZIONI

Per ogni informazione o chiarimento inerente il presente invito è possibile rivolgersi al Direttore Generale del C.I.S.S. al numero di fax: 081 562 37 93 ovvero utilizzando il seguente indirizzo di posta elettronica: consorziociss@pec.it o consultando il sito internet. www.consorziociss.com

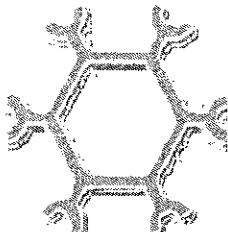
IL DIRETTORE GENERALE

Avv. Vincenzo Capuano

**C.I.S.S.
Consorzio
Intercomunale
Per i Servizi
Socio Sanitari**

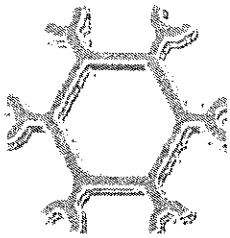
Sede legale
c/o In.co.farma S.p.A.
80143 Napoli
Centro Direzionale
Isola C9/ scala A - Int.80

tel./fax 081/5623793
Partita Iva 04668711213
consorziociss@pec.it
info@consorziociss.com
www.consorziociss.com



MODELLO A1

DOMANDA DI CONTRIBUTO	
Soggetto richiedente	
Codice fiscale	
Partita IVA	
Conto corrente bancario/postale	
Indirizzo della sede legale	
Via e numero civico	
Città	
Cap	
Provincia	
Rappresentante legale	
Cognome	
Nome	
Qualifica	
Telefono	
Fax	
E-mail (Pec)	
Progetto di cui si chiede l'ammissione al contributo	
Titolo del progetto	
Costo complessivo del progetto Max. € 10.000,00	
Attuazione e durata	



CONSORZIO C.I.S.S.
Consorzio Intercomunale per i Servizi Socio-Sanitari

SI DICHIARA

Ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000

Che il costo delle attività per le quali viene chiesto il contributo non usufruisce di altri finanziamenti da parte di soggetti pubblici.

Documenti da allegare (a pena di inammissibilità)

Si allegano i seguenti documenti così denominati:

Allegato 1: Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità;

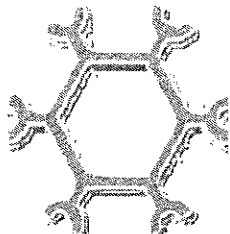
Allegato 2: Documento dell'Istituto bancario da cui risulta il codice IBAN del conto corrente (qualora sia questo il modo di ricevere il contributo)

Luogo e data

Il legale rappresentante

(Ai sensi dell'art.46 del DPR n. 445/2000)

Timbro e firma



CONSORZIO C.I.S.S.
Consorzio Intercomunale per i Servizi Socio-Sanitari

MODELLO A2

MATERIALE INFORMATIVO CON EMISSIONE DI VOUCHER	Importo richiesto
N.B. Indicare l'importo richiesto	[] € 5.000,00 [] € 10.000,00
Educazione alimentare e corretti stili di vita	
Prevenzione e cura delle patologie dell'apparato respiratorio	
Vaccinazione e prevenzione delle patologie virali	
Patologie cutanee – Prevenzione dai danni dell'esposizione solare	
Altro	

Luogo e data

Il legale rappresentante

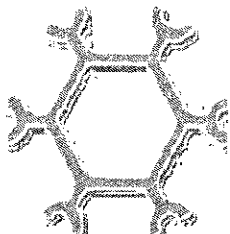
(Ai sensi dell'art.46 del DPR n. 445/2000)

Timbro e firma

C.I.S.S.
Consorzio
Intercomunale
Per i Servizi
Socio Sanitari

Sede legale
c/o In.co.farma S.p.A.
80143 Napoli
Centro Direzionale
Isola C9/ scala A - Int.80

tel./fax 081/5623793
Partita Iva 04668711213
consorziociss@pec.it
info@consorziociss.com
www.consorziociss.com



MODELLO A3

DETTAGLIO DEL BUDGET DEL PROGETTO – VOCI DI SPESA PREVISTA (FINALIZZATE STRETTAMENTE ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO)	
Tipo di costo	Importo (euro)
Personale, in dotazione del Comune e/o attraverso collaboratori esterni anche associazioni	
Attrezzature	
Servizi e Consulenze	
Materiali di consumo	
Spese di progettazione	
Attività promozionali/ Pubblicità	
Altre voci di spesa (specificare)	
Totale costo di progetto (euro)	

Il legale rappresentante

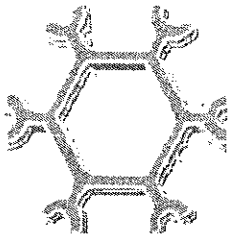
(Ai sensi dell'art.46 del DPR n. 445/2000)

Timbro e firma

**C.I.S.S.
Consorzio
Intercomunale
Per i Servizi
Socio Sanitari**

Sede legale
c/o In.co.farma S.p.A.
80143 Napoli
Centro Direzionale
Isola C9/ scala A - Int.80

tel./fax 081/5623793
Partita Iva 04668711213
consorziociss@pec.it
info@consorziociss.com
www.consorziociss.com



CONSORZIO C.I.S.S.
Consorzio Intercomunale per i Servizi Socio-Sanitari

2 – Struttura organizzativa per l'esecuzione del progetto

Descrivere sinteticamente le funzioni, le responsabilità e le professionalità, delle persone impegnate nella realizzazione del progetto proposto, anche attraverso l'utilizzo di collaborazioni esecutive di soggetti del Terzo Settore (Associazioni, Cooperative, Onlus ecc.).

3 – Descrizione dei risultati attesi

DESCRIVERE I RISULTATI CHE IL PROGETTO PROPOSTO INTENDE PRODURRE

Il legale rappresentante

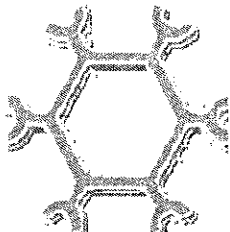
(Ai sensi dell'art.46 del DPR n.
445/2000)

Timbro e firma

C.I.S.S.
Consorzio
Intercomunale
Per i Servizi
Socio Sanitari

Sede legale
c/o In.co.farma S.p.A.
80143 Napoli
Centro Direzionale
Isola C9/ scala A - Int.80

tel./fax 081/5623793
Partita Iva 04668711213
consorziociss@pec.it
info@consorziociss.com
www.consorziociss.com



Consorzio Intercomunale per i Servizi Socio-Sanitari

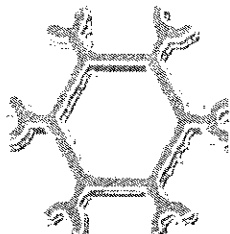
MODELLO C

DOMANDA DI CONTRIBUTO	
RENDICONTAZIONE FINALE DI TUTTE LE SPESE SOSTENUTE	
AL CONSORZIO INTERCOMUNALE PER I SERVIZI SOCIO SANITARI	
Soggetto richiedente	
Codice fiscale	
Partita IVA	
Conto corrente bancario/postale	
Indirizzo della sede legale	
Via e numero civico	
Città	
Cap	
Provincia	
Rappresentante legale	
Cognome	
Nome	
Qualifica	
Telefono	
Fax	
E-mail (Pec)	
Progetto di cui si presenta la rendicontazione delle spese sostenute	
Titolo del progetto:	

**C.I.S.S.
Consorzio
Intercomunale
Per i Servizi
Socio Sanitari**

Sede legale
c/o In.co.farma S.p.A.
80143 Napoli
Centro Direzionale
Isola C9/ scala A - Int.80

tel./fax 081/5623793
Partita Iva 04668711213
consorziociss@pec.it
info@consorziociss.com
www.consorziociss.com



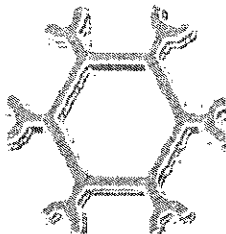
CONSORZIO C.I.S.S.
Consorzio Intercomunale per i Servizi Socio-Sanitari

ELENCO DEI GIUSTIFICATIVI DI SPESA	
DESCRIZIONE	IMPORTO

C.I.S.S.
Consorzio
Intercomunale
Per i Servizi
Socio Sanitari

Sede legale
c/o In.co.farma S.p.A.
80143 Napoli
Centro Direzionale
Isola C9/ scala A - Int.80

tel./fax 081/5623793
Partita Iva 04668711213
consorziociss@pec.it
info@consorziociss.com
www.consorziociss.com



RELAZIONE FINALE SUGLI OBIETTIVI RAGGIUNTI

Il legale rappresentante

(Ai sensi dell'art.46 del DPR n. 445/2000)

Timbro e firma

**C.I.S.S.
Consorzio
Intercomunale
Per i Servizi
Socio Sanitari**

Sede legale
c/o In.co.farma S.p.A.
80143 Napoli
Centro Direzionale
Isola C9/ scala A - Int.80

tel./fax 081/5623793
Partita Iva 04668711213
consorziociss@pec.it
info@consorziociss.com
www.consorziociss.com