



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

**Prot. n. 1873**  
**Del 23/12/2014**

**Al Sindaco del Comune di:**

- 1. Acerra (NA)**
- 2. Castel Volturno (CE)**
- 3. Cercola (NA)**
- 4. Cesa (CE)**
- 5. Gricignano di Aversa (CE)**
- 6. Ottaviano (NA)**
- 7. Palma Campania (NA)**
- 8. Poggiomarino (NA)**
- 9. Roccasalerno (AV)**
- 10. San Nicola la Strada (CE)**
- 11. Sant'Antonio Abate (NA)**
- 12. Sant'Arpino (CE)**
- 13. Somma Vesuviana (NA)**
- 14. Terzigno (NA)**
- 15. Villaricca (NA)**

**Oggetto: LETTERA DI INVITO PER EROGAZIONE DI FINANZIAMENTI AI COMUNI  
CONSORZIATI CON SEDE FARMACEUTICA APERTA PER PROGETTI SU  
TEMATICHE SOCIO SANITARI  
TERZA EDIZIONE**

Il C.I.S.S. intende sostenere nuovamente iniziative progettuali su tematiche socio-sanitarie presentate dai Comuni facenti parte del consorzio C.I.S.S. con almeno una sede farmaceutica aperta. Codesto Comune è invitato a presentare richiesta di contributo per un solo progetto e per un importo massimo di € 6.000,00.

**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](mailto:consorziociss@pec.it)  
[info@consorziociss.com](mailto:info@consorziociss.com)  
[www.consorziociss.com](http://www.consorziociss.com)



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

I progetti presentati dovranno prevedere interventi le cui finalità corrispondono a quelle promosse dallo stesso Consorzio C.I.S.S., esplicitate di seguito:

- Informazione e educazione sanitaria rivolta ai cittadini;
- Sviluppo di rapporti di collaborazione con associazioni anche di volontariato operanti nel settore Socio-Assistenziale nonché Socio-Sanitario;
- Campagne di igiene e prevenzione;
- Studi e ricerche nel campo epidemiologico;
- Informatizzazione di strutture e centri Socio-Sanitari;
- Organizzazione di manifestazioni di sensibilizzazione e informazione socio-sanitaria.

**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"

A2 "Budget di progetto"

**MODELLO B**

"Relazione analitica delle attività progettuali proposte".

**MODELLO C**

"Domanda di contributo – Rendicontazione delle attività svolte"

La domanda deve pervenire in busta chiusa, controfirmata sui lembi di chiusura recante all'esterno:

- Intestazione del mittente

**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](mailto:consorziociss@pec.it)  
[info@consorziociss.com](mailto:info@consorziociss.com)  
[www.consorziociss.com](http://www.consorziociss.com)



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

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

La domanda deve essere presentata entro le ore 12,00 del giorno 31/01/2015, a mano o 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.**

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

Si precisa che non verrà accolta la documentazione integrativa trasmessa oltre il termine suindicato né saranno esaminate istanze prodotte con modulistica diversa da quella suindicata.

**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 31/01/2015;
- 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;
- Corredate di progetti formulati in modo generico, non descritti analiticamente secondo i modelli predisposti.
- Non aver assolto al versamento del contributo di euro 1.000,00 al fondo Consortile alla data di scadenza della presentazione di richiesta del contributo;
- Non aver concluso tutte le attività progettuali e non aver presentato la rendicontazione finale con buon esito del finanziamento della II Edizione;

Non saranno ammesse istanze concernenti progetti la cui attività è già stata eseguita e le relative spese già sostenute prima della scadenza del presente avviso.



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

**Articolo 3. VALUTAZIONE DEI PROGETTI**

I progetti saranno valutati da una Commissione tecnica, appositamente nominata dal Direttore Generale che verificherà la rispondenza degli stessi rispetto agli scopi Consortili.

**Articolo 4. MODALITA' DI ASSEGNAZIONE DEI CONTRIBUTI.**

Il C.I.S.S. provvederà all'assegnazione del contributo sulla scorta dell'ammissione al finanziamento della Commissione tecnica di valutazione.

I progetti dovranno essere svolti nell'arco degli 10 mesi successivi alla data di ammissione al finanziamento.

Il progetto potrà essere finanziato per una somma non superiore ad € 6.000,00.

Dovrà essere trasmessa al C.I.S.S. la comunicazione di avvio del progetto da parte del Comune Consorziato beneficiario del finanziamento.

**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 una relazione sul raggiungimento degli obiettivi previsti e sulle attività svolte nella domanda di contributo e sulle attività svolte 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](mailto:consorziociss@pec.it) o consultando il sito internet: [www.consorziociss.com](http://www.consorziociss.com)



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

IL DIRETTORE GENERALE

*f.to Dott. Carlo Savoia*

**MODELLO A1**

<b>DOMANDA DI CONTRIBUTO</b>	
<b>Soggetto richiedente</b>	
Codice fiscale	
Partita IVA	
Conto corrente bancario/postale	
Indirizzo della sede legale	
Via e numero civico	
Città	
Cap	
Provincia	
<b>Rappresentante legale</b>	
Cognome	
Nome	
Qualifica	
Telefono	
Fax	
E-mail (Pec)	
<b>Progetto di cui si chiede l'ammissione al contributo</b>	
Titolo del progetto	
Costo complessivo del progetto Max. € 4.000,00	
Attuazione e durata	

**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](mailto:consorziociss@pec.it)  
[info@consorziociss.com](mailto:info@consorziociss.com)  
[www.consorziociss.com](http://www.consorziociss.com)



**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

**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](mailto:consorziociss@pec.it)  
[info@consorziociss.com](mailto:info@consorziociss.com)  
[www.consorziociss.com](http://www.consorziociss.com)



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

**MODELLO A2**

<b>DOMANDA DI CONTRIBUTO</b>	
<b>DETTAGLIO DEL BUDGET DEL PROGETTO – VOCI DI SPESA PREVISTA (FINALIZZATE STRETTAMENTE ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO)</b>	
<b>Tipo di costo</b>	<b>Importo (euro)</b>
Personale	
Attrezzature	
Lavori	
Servizi	
Materiali di consumo	
Spese di progettazione	
Attività promozionali	
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](mailto:consorziociss@pec.it)  
[info@consorziociss.com](mailto:info@consorziociss.com)  
[www.consorziociss.com](http://www.consorziociss.com)



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

**MODELLO B**  
**DOMANDA DI CONTRIBUTO**  
**RELAZIONE ANALITICA DELLE ATTIVITA' PROGETTUALI PROPOSTE**

SOGGETTO RICHIEDENTE	
TITOLO DEL PROGETTO	
<b>1- Descrizione delle attività previste</b> Descrivere Il Progetto Proposto, Individuando Le Attività Previste Per La Sua Attuazione	
<b>Obiettivi:</b>	
<b>Strumenti e Metodologie:</b>	
<b>Attività previste:</b>	



**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](mailto:consorziociss@pec.it)  
[info@consorziociss.com](mailto:info@consorziociss.com)  
[www.consorziociss.com](http://www.consorziociss.com)



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

**MODELLO C**

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



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

<b>ELENCO DEI GIUSTIFICATIVI DI SPESA</b>
<b>DESCRIZIONE</b>

**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](mailto:consorziociss@pec.it)  
[info@consorziociss.com](mailto:info@consorziociss.com)  
[www.consorziociss.com](http://www.consorziociss.com)