

Prot. n. 4661  
Del 16/11/2020

**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 Crispiano (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 (OTTAVA EDIZIONE).**



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

Ciascun Comune è pertanto invitato a presentare richiesta di finanziamento per un importo massimo di € 12.000,00, in virtù di quanto deliberato nell'assemblea dei soci del 21/07/2020.

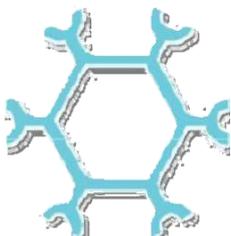
Una parte del finanziamento, di importo minimo pari ad € 5.000,00, sarà destinata alla redazione e divulgazione di materiale informativo per la sensibilizzazione socio sanitaria relativamente a tematiche scelte dal Comune richiedente, tra quelle di seguito indicate:

- 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;
- Prevenzione trasmissione Covid-19.

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 2021/2022.

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. Una 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 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.

Qualora il Comune non proceda alla completa distribuzione nel termine di rendicontazione finale del materiale ricevuto sarà onere di quest'ultimo retrocedere al Ciss quanto residuo. La retrocessione di detto materiale non comporta diritto alla commutazione in altre tipologie di progetti.

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 2019 ed anni precedenti.

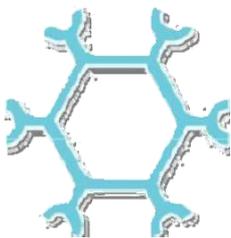
## **Articolo 1. TERMINI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE DI CONTRIBUTO.**

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

**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)



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

### **MODELLO A**

A1 “Domanda di contributo”

A2 “Materiale informativo con emissione di voucher”

A3 “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 21/12/2020, a mezzo PEC al seguente indirizzo: [consorziociss@pec.it](mailto:consorziociss@pec.it); oppure a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento (in quest’ultimo caso, farà fede il timbro postale di spedizione) 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’**

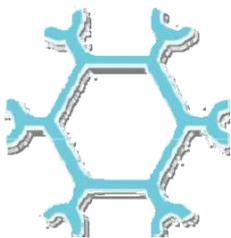
Non verranno prese in considerazione le domande che, oltre ad essere prive dei requisiti e dei documenti richiesti, risulteranno:

- presentate oltre il termine del 21/12/2020;

**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)



- 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.

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 dal consulente, 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 30/06/2021, salva la possibilità del Consorzio di poter concedere una proroga 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](mailto: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



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. 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)

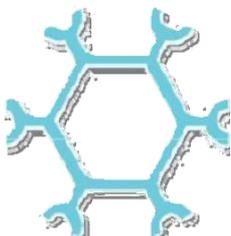
IL DIRETTORE GENERALE

Avv. Vincenzo Capuano



## 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. € 11.000,00	
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;

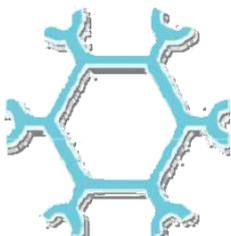
**Allegato 2:** Documento dell'Istituto bancario da cui risulta il codice IBAN del conto corrente (qualora sia questo il modo di ricevere il contributo)

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 N.B. Indicare l'importo richiesto	Importo richiesto [ ] € 5.000,00      [ ] € 12.000,00
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	
Prevenzione trasmissione COVID-19	

Luogo e data

**Il legale rappresentante**

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

Timbro e firma



### MODELLO A3

<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, 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





**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

**Consorzio Intercomunale per i Servizi Socio-Sanitari**

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

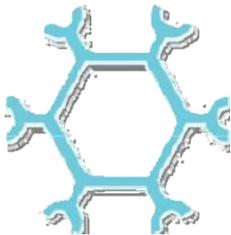
**Sede legale**  
c/o In.co.farma S.p.A.  
80143 Napoli  
Centro Direzionale  
Isola C9/ scala A - Int.80

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)



## 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>	<b>IMPORTO</b>



## RELAZIONE FINALE SUGLI OBIETTIVI RAGGIUNTI

**Il legale rappresentante**

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

Timbro e firma