

Prot. n. 3012  
Del 16/02/2017

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

Al Sindaco del Comune di:

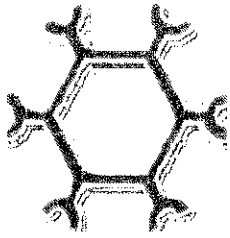
1. Comune di Sant'Antonio Abate (NA)
2. Comune di Cercola (NA)
3. Comune di Sant'Arpino (CE)
4. Comune di Castel Volturno (CE)
5. Comune di Gricignano di Aversa (CE)
6. Comune di Palma Campania (NA)
7. Comune di Poggiomarino (NA)
8. Comune di Somma Vesuviana (NA)
9. Comune di Roccabascerana (AV)
10. 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)

**Oggetto: LETTERA DI INVITO PER EROGAZIONE DI FINANZIAMENTI AI COMUNI  
CONSORZIATI CON SEDE FARMACEUTICA APERTA PER PROGETTI SU  
TEMATICHE SOCIO SANITARIE (QUINTA 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  
[consorzioiciss@pec.it](mailto:consorzioiciss@pec.it)  
[info@consorzioiciss.com](mailto:info@consorzioiciss.com)  
[www.consorzioiciss.com](http://www.consorzioiciss.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 € 8.000,00.

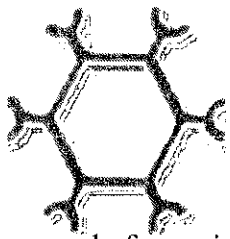
Una parte del finanziamento, di importo minimo pari ad € 4.000,00, sarà destinata alla redazione e divulgazione di materiale informativo per la sensibilizzazione socio sanitaria relativamente a tematiche scelte dal Comune richiedente, tra quelle di seguito indicate:

- 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 2017/2018.

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 maggiormente indigenti da individuarsi attraverso la valutazione del modello ISEE. Il progetto troverà la sua conclusione



presso le farmacie 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;
- 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 2016 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"

A2 "Budget di progetto"

#### **MODELLO B**

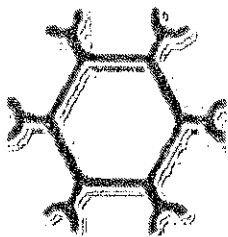
"Relazione analitica delle attività progettuali proposte".

#### **MODELLO C**

**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)



“Domanda di contributo – Rendicontazione delle attività svolte”.

La domanda deve 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”**.

La domanda deve essere presentata entro le ore 12,00 del giorno 20/03/2017, 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) al seguente indirizzo:

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

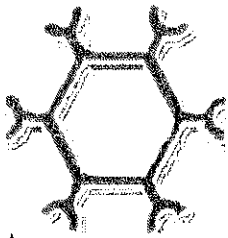
Alla domanda, opportunamente timbrata e firmata, deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità del sottoscrittore.

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 20/03/2017;
- 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.



Ancora, non saranno ammesse le domande concernenti progetti la cui attività sia già stata eseguita e le relative spese siano già sostenute prima della scadenza del presente avviso.

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.**

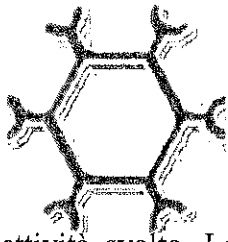
Il Direttore Generale provvederà all'ammissione dei Comuni al finanziamento previa la verifica di cui al punto 3.

I progetti dovranno terminare entro il 31/12/2017, salva la possibilità del Consorzio di poter concedere una proroga qualora sussistano gravi e giustificati motivi; in ogni caso i progetti dovranno terminare entro il 31/03/2018.

La comunicazione di avvio del progetto 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. 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)

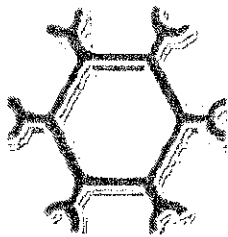
IL DIRETTORE GENERALE

*Vincenzo Capuano*  
Avv. Vincenzo Capuano

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

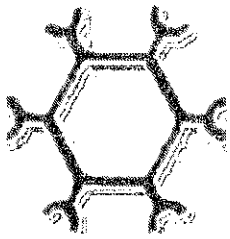
**Sede legale**  
c/o In.co.farma S.p.A.  
80143 Napoli  
Centro Direzionale  
Isola C9/ scala A - Int.80

tel./fax 081/5623793  
Partita Iva 04668711213  
[consorziociss@pec.it](mailto:consorziociss@pec.it)  
[info@consorziociss.com](mailto:info@consorziociss.com)  
[www.consorziociss.com](http://www.consorziociss.com)



## 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. € 8.000,00	
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)

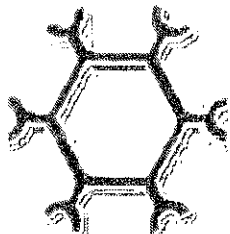
Luogo e data

**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**

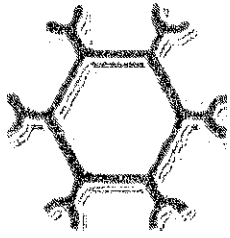
MATERIALE INFORMATIVO CON EMISSIONE DI VOUCHER	4.000 €
Educazione alimentare e corretti stili di vita	
Prevenzione e cura delle patologie dell'apparato respiratorio	
Vaccinazione e prevenzione delle patologie virali	
Patologie cutanee – Prevenzione dai danni dell'esposizione solare	

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**

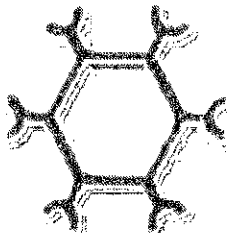
(Ai sensi dell'art.46 del DPR n. 445/2000)

Timbro e firma

**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

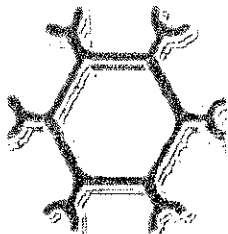
tel./fax 081/5623793  
Partita Iva 04668711213  
[consorzioiciss@pec.it](mailto:consorzioiciss@pec.it)  
[info@consorzioiciss.com](mailto:info@consorzioiciss.com)  
[www.consorzioiciss.com](http://www.consorzioiciss.com)



**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**

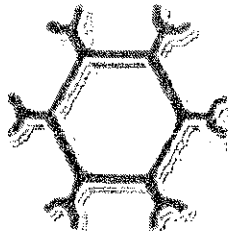
(Ai sensi dell'art.46 del DPR n. 445/2000)

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 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:	

