**RELAZIONE ILLUSTRATIVA DETTAGLIATA DELL’INIZIATIVA OGGETTO DI CONTRIBUTO**

**(Misura di intervento 5 - Contributi a consorzi di cooperative sociali per servizi di consulenza e assistenza imprenditoriale e per progetti di sviluppo congiunto delle cooperative sociali consorziate)**

Con riferimento alla domanda di contributo per la **fornitura di servizi di consulenza ed assistenza imprenditoriale alle cooperative sociali consorziate nonché per la copertura dei costi per progetti di sviluppo congiunto delle cooperative sociali consorziate stesse**,ai sensi degli articoli 24 e 25 del regolamento regionale emanato con DPReg. n. 0198/Pres. del 30 agosto 2017 e ss.mm.ii., si relaziona quanto segue:

* **Nel caso** di domanda per la **FORNITURA DI UN SERVIZIO DI CONSULENZA ED ASSISTENZA IMPRENDITORIALE ALLE COOPERATIVE SOCIALI CONSORZIATE** ai sensi dell’articolo 25, comma 1, lettera a) del regolamento regionale emanato con DPReg. n. 0198/Pres. del 30 agosto 2017 e ss.mm.ii.:
1. descrizione dell’attività che s’intende intraprendere, cui il servizio di consulenza si riferisce ***(massimo 10 righe, in formato leggibile)***:

1. descrizione delle modalità e dei tempi d’attuazione del servizio di consulenza ***(massimo 10 righe, in formato leggibile)***:

1. descrizione degli obiettivi, economici e occupazionali, che s’intendono perseguire mediante l’effettuazione del servizio di consulenza ***(massimo 10 righe, in formato leggibile)***:

**Compilare le due schede riportate di seguito con riferimento all’attività di consulenza** da affidarsi.

|  |
| --- |
| 1. SCHEDA DESCRITTIVA DEL SOGGETTO CONSULENTE DEL CONSORZIO
 |
| Nome della società / studio professionale / persona fisica: |  |
| C.F.  | P.IVA: |
| Sede e anno di inizio attività: |  |
| Legale Rappresentante: |  |
| Codice Istat ATECO attività svolta: |  |

|  |
| --- |
| 1. SCHEDA DESCRITTIVA DELL’ATTIVITA’ DI CONSULENZA:
 |
| L’**attività** per cui si richiede contributo svolta dal consulente esterno e **non coperta dalle cooperative consorziate** riguarda: (*barrare SEMPRE Il caso che ricorre*): | **[ ]** Servizi esterni di consulenza a favore delle cooperative consorziate |
| **[ ]** Assistenza imprenditoriale alle cooperative consorziate  |
| Settori prevalenti di appartenenzadei clienti del consulente: | Industria |  | Aree di competenzain cui opera il consulente: | Amministrazione e controllo |  |
| Artigianato |   |  Finanziario |  |
| Agricoltura |   |  Marketing |  |
| Commercio |  |  Progettazione |  |
| Enti Pubblici |  |  Automazione |  |
| Servizi |  |  Qualità |  |
|  |  |  Ricerca e tecnologia |  |
|  |  |  Banche dati |  |
|  |  |  Altre |  |
| Il consulente (*barrare SEMPRE il caso che ricorre*): |
| **[]**  | E’ |  **[]**  | NON E’ | socio dell’impresa richiedente il contributo |
| **[]** | E’ |  **[]**  | NON E’ | società collegata, controllata o controllante l’impresa richiedente il contributo |
| **[]** | HA |  **[]**  | NON HA | rapporti di collaborazione continuata con l’impresa richiedente il contributo |

* **Nel caso** di domanda per la **COPERTURA DEI COSTI PER UN PROGETTO DI SVILUPPO CONGIUNTO DELLE COOPERATIVE SOCIALI CONSORZIATE** ai sensi dell’articolo 25, comma 1, lettera b) del regolamento regionale emanato con DPReg. n. 0198/Pres. del 30 agosto 2017 e ss.mm.ii.:

***(da compilare in formato leggibile)****:*

1. Titolo del progetto:

1. Durata del progetto ***(massimo 12 mesi)***:

Data di avvio del progetto:

Data di conclusione del progetto:

1. Finalità generali, tassativamente fissate dal regolamento regionale *(****scegliere SEMPRE un’opzione****, barrando la casella*):

**[ ]** creazione di una rete di cooperative sociali aggregate al consorzio;

**[ ]**  sviluppo della rete di cooperative sociali aggregate al consorzio;

**[ ]**  rafforzamento della rete di cooperative sociali aggregate al consorzio;

1. Aree di intervento della rete di cooperative sociali aggregate al consorzio *(****scegliere SEMPRE un’opzione****, barrando la casella corrispondente e specificando se del caso*):

**[ ]** promozione delle attività della rete medesima;

**[ ]** fidelizzazione della clientela;

**[ ]** sviluppo di servizi innovativi in risposta ai bisogni delle famiglie e dei soggetti del territorio di riferimento;

**[ ]** sviluppo del marketing;

**[ ]** Altro

1. Responsabile del progetto:

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome |       |
| Qualifica |       |
| Sede |       |
| Telefono |       |
| e-mail |       |

1. Breve sintesi dell’idea progettuale ***(massimo 10 righe)****:*

1. Analisi dei bisogni e motivazioni dell’idea progettuale, dettagliando le attività generali oggetto di intervento ***(massimo 20 righe)****:*

1. Obiettivi specifici che si intendono raggiungere con riferimento alle attività generali individuate al punto 7) e risultati attesi al termine dell’iniziativa progettuale ***(massimo 20 righe complessive per ogni obiettivo e relativi risultati attesi)***:

**Obiettivo 1:**

🡪 Risultati attesi (obiettivo 1):

**Obiettivo 2:**

🡪 Risultati attesi (obiettivo 2):

**Obiettivo 3:**

🡪 Risultati attesi (obiettivo 3):

**Obiettivo 4:**

🡪 Risultati attesi (obiettivo 4):

***(per eventuali ulteriori obiettivi, aggiungere un foglio contenente i dati richiesti in calce al presente modulo)***

1. Breve descrizione delle principali attività previste con riferimento agli obiettivi specifici di cui al punto 8) e delle relative modalità di realizzazione ***(massimo 30 righe)***:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Attività | Modalità di realizzazione |
| a |                      |                       |
| b |                      |                      |
| c |                      |                      |
| d |                      |                      |
| e |                      |                      |

***(per eventuali ulteriori attività, aggiungere un foglio contenente i dati richiesti in calce al presente modulo)***

1. Destinatari *(indicare numero e tipologia)*:

1. Risorse professionali coinvolte:

1. Ambito territoriale di riferimento:

***(Compilare SEMPRE la seguente scheda)***

|  |
| --- |
| **COPERTURA FINANZIARIA DEL PROGETTO** |
| **Fabbisogno** | **Fonti di copertura** |
| Spesa complessiva prevista: | €       | Contributo regionale L.R. 20/2006 | €       |
| Risorse finanziarie proprie *(a esclusione di mutui o altri strumenti di finanziamento da parte di terzi)* | €       |
| Mutui | €       |
| Altre fonti | €       |
| **Totale** | **€** | **Totale *(a pareggio del fabbisogno)*** | **€** |

**Facciate totali compilate (INCLUSA la presente): n.**