****

**MODELE POUR LA PRESENTATION D’UN MICROPROJET (MP) EN PAYS**

**EN VOIE DE DEVELOPPEMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pays** |  |
| **Diocèse** |  |
| **Ville/Village** |  |
| **Titre du MP** |  |
| **Date de présentation** |  |
| **Délai de la mise en œuvre**  |  |
| **Montant demandé (en €)** |  |
| **Nombre de bénéficiaires** |  |
| **Organisation proposant** |  |

DEMANDEURS ET RESPONSABLES DU MP

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom et Prénom****Fonction** | **Adresse e-mail** | **Téléphone fixe et mobile** | **Adresse postale** |
| **Responsable juridique de la Organisation proposant le MP** |  |  |  |  |
| **Responsable opérationnel de la réalisation du MP** |  |  |  |  |
| **Intermédiaire et d’accompagnement***Organisme, association ou autre association qui joue un rôle d’intermédiaire. Les frais de remboursement ne sont pas prévus pour ce rôle.*  |  |  |  |  |
| **Lettre d’approbation formelle de l’Eveque du lieu***Le MP doit être dûment approuvé par l’Evêque du Diocèse où le projet sera mis en œuvre. Nous demandons d’attacher une lettre formelle d’approbation contentant le titre du MP* |

**ORIGINE ET JUSTIFICATION DE LA DEMANDE DU MP**

*Décrire les conditions de vie de la population, en se focalisant sur le domaine d’intervention du MP de développement ; si possible, décrire les critères adoptés pour évaluer la faisabilité et la priorité du MP proposé.*

*Décrire la participation de la communauté locale à l’élaboration du MP et les bénéfices attendus par la communauté locale après sa mise en œuvre.*

**OBJECTIFS GENERAUX ET SPECIFIQUES DU MP**

**ACTIVITES PREVUES DU MP**

*Décrire les activités prévues par chaque résultat attendu, en indiquant aussi la méthodologie de leur mise en œuvre.*

**BENEFICIAIRES DIRECTS ET INDIRECTS**

*Indiquer et quantifier les bénéficiaires du MP*

**DURABILITE DU MP**

*Décrire comment la continuité des activités réalisées sera assurée (au niveau financier, organisationnel, etc…).*

**RESULTATS ATTENDUS DU MP**

**CHRONOGRAMME DU MP**

*Le MP devra être mise en œuvre dans un délai de 4 mois au plus tard, à partir de la date de réception des fonds. Autorisations à changement dus à délais de mise en œuvre et évènements imprévus, devront être rapidement demandés par écrit à Caritas Italiana.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVITES** | **MOIS 1** | **MOIS 2** | **MOIS 3** | **MOIS 4** | **OBSERVATIONS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**BUDGET DU MP**

*Par chaque ligne budgétaire indiquer le budget prévisionnel et -si possible- joindre les factures pro forma. Indiquer, si prévus, les achats à effectuer à l’étranger, en détaillant les raisons de ce choix. Si des médicaments sont prévus dans le budget, il faut inclure seulement ceux qui sont mentionnés dans la liste officielle de l’Organisation Mondiale de la Santé. Indiquer la contribution locale et/ou la contribution de l’organisme intermédiaire. La contribution locale peut être constituée aussi par la valorisation du matériel local déjà disponible, la main d’œuvre, l’utilisation de structures et infrastructures locales. Indiquer – hors budget – d’éventuels cofinancements d’autres organismes locaux ou non : diocèses, paroisses, instituts religieux, autres organisations ,… Indiquer le financement demandé en devise locale et en Euro.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LIGNE BUDGETAIRE** | **COUT** | **CONTRIBUTION** **LOCALE** | **FINANCEMENT DEMANDE** **(max 5.000,00 €)** | **OBSERVATIONS** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |
|  FACTURES PRO FORMA EN ANNEXE |  |

***Taux d’échange devise locale – Euro: ………….. Date du taux d’échange: ……………………***

COORDONNEES BANCAIRES (d’être entièrement compilé)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la Banque** |  |
| **Adresse de la Banque** |  |
| **Titulaire du compte et Adresse**(*les* *comptes intitulés à des personnes* *physiques ne seront pas acceptés*) |  |
| **N° du compte** |  |
| **IBAN**  |  |
| **Devise du compte** |  |
| **Code SWIFT** |  |
| **Autres informations** |  |
| (*Eventuelle*) **Banque corréspondante**Titulaire, n° compte, SWIFT … |  |

Date Signature du Responsable

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_