

**MODELLO PER LA PRESENTAZIONE DEL MICROPROGETTO (MP) NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO (PVS)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Paese** |  |
| **Diocesi** |  |
| **Città/villaggio** |  |
| **Titolo del MP** |  |
| **Data presentazione** |  |
| **Durata** |  |
| **Finanziamento richiesto (in €)** |  |
| **Numero dei beneficiari** |  |
| **Organizzazione proponente** |  |

PROPONENTI e RESPONSABILI DEL MP

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nome Cognome Funzione** | **Indirizzo e-mail** | **Tel. fisso e mobile** | **Indirizzo postale** |
| **Responsabile legale della Organizzazione proponente il MP** |  |  |  |  |
| **Responsabile operativo della realizzazione del MP** |  |  |  |  |
| **Tramite e accompagnamento**  *Organismo, associazione o altra realtà che svolge un ruolo di tramite. Per questo ruolo non è previsto alcun tipo di rimborso.* |  |  |  |  |
| **Lettera approvazione del Vescovo locale**  *Il MP deve essere approvato dal Vescovo della Diocesi in cui il MP verrà realizzato. Si richiede in allegato, la lettera di approvazione formale indicante il titolo del MP.* | | | | |

**ORIGINE E GIUSTIFICAZIONE DELLA RICHIESTA DEL MP**

*Descrivere le condizioni di vita della popolazione, soffermandosi in particolare sul settore di intervento per il quale è richiesto il MP;*

*se possibile, descrivere i criteri di valutazione adottati che hanno permesso di considerare il MP proposto come fattibile e prioritario.*

*Descrivere la partecipazione della comunità locale all'elaborazione del MP e i vantaggi che porterebbe a seguito della sua realizzazione.*

**OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI DEL MP**

**ATTIVITÀ SPECIFICHE previste DEL MP**

*Descrivere le attività previste per ciascun risultato da raggiungere.*

**BENEFICIARI DIRETTI E INDIRETTI DEL MP**

*Spiegare chi sono i beneficiari a cui è diretta l’azione del MP e quantificarli.*

**SOSTENIBILITÀ DEL MP**

*Descrivere come verranno assicurate la continuità e l’autosufficienza di quanto realizzato.*

**CRONOGRAMMA DEL MP**

*Il MP dovrà realizzarsi nell’arco di 4 mesi dalla data di ricezione del contributo approvato. Autorizzazioni a modifiche del MP dovute a ritardi o eventuali imprevisti, dovranno essere tempestivamente richieste per iscritto a Caritas Italiana.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’** | **MESE 1** | **MESE 2** | **MESE 3** | **MESE 4** | **NOTE** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**BUDGET DEL MP**

*Indicare per ogni singola voce di costo il preventivo di spesa e allegare la fattura pro forma. Indicare, se previsti, gli acquisti di materiale al di fuori del paese di realizzazione del MP, descrivendo le motivazioni di tale scelta. Indicare, se previsti, solo tipologie di medicinali contemplati nel prontuario medico dell’Organizzazione Mondiale della Sanità. Indicare il contributo della comunità locale e/o dell’organizzazione tramite. Il contributo a carico locale indicato può consistere anche nella valorizzazione di materiale locale già disponibile, nella prestazione di manodopera, nell’utilizzo di strutture. Indicare separatamente -fuori preventivo- eventuali co-finanziamenti provenienti da altre realtà locali e non: diocesi, parrocchie, istituti religiosi, enti vari. Indicare il contributo richiesto in valuta locale e in Euro.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VOCE**  **Articolo** | **COSTO** | **A CARICO LOCALE** | **CONTRIBUTO RICHIESTO**  **(max 5.000,00 €)** | **Note** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Totale** |  |  |  |  |
| Fatture proforma allegate |  | | | |

***Tasso di cambio valuta locale-Euro: ………….. data del tasso di cambio: ……………………***

COORDINATE BANCARIE (da compilare completamente)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome della banca** |  |
| **Indirizzo della banca** |  |
| **Denominazione del conto e Indirizzo** *(non possono essere accettati conti intestati a persone fisiche)* |  |
| **N° conto** |  |
| **IBAN** |  |
| **Valuta del conto** |  |
| **Codice SWIFT** |  |
| **Altro** |  |
| (*Eventuale*) **Banca tramite**  Titolare, n° conto, SWIFT… |  |

Data Firma Responsabile

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