

RESPONSABILE PROGETTO

ENTE PARTECIPANTE

Nota bene: Il modulo va compilato in tutte le sue parti e, una volta compilato, andrà rinominato con il nome del Responsabile progetto (**G_CognomeNome_ModuloIntegrativo**) e caricato all'interno del Modulo di presentazione principale (Consultare la Guida)

RESPONSABILE PROGETTO

Data di nascita

Ente di appartenenza

ENTE PARTECIPANTE

Nome legale Ente partecipante

In caso di partecipazione all'edizione 2023 del Bando da parte dell'Ente partecipante, nell'ultimo anno ci sono stati aggiornamenti e/o modifiche di tipo amministrativo nella struttura dell'Ente?

Sì

No

Se sì, si prega di allegare lo statuto, l'atto costitutivo e il codice etico dell'Ente partecipante al Modulo di compilazione online

L'Ente partecipante è in possesso della Certificazione di Iscrizione al registro unico nazionale del terzo settore (Runts)?

Sì

No

Se sì, inserire il numero di iscrizione al Runts

Nel caso in cui l'Ente stia partecipando al presente Bando per la prima volta, si prega di allegare al Modulo di presentazione online lo statuto dell'Ente partecipante.

PARTECIPAZIONE EDIZIONI PRECEDENTI

L'Ente partecipante ha già vinto al Community Award negli anni scorsi ricevendo un finanziamento per il progetto presentato? (*obbligatoria almeno una risposta*)

Sì, nel 2012 Sì, nel 2013 Sì, nel 2014 Sì, nel 2015 Sì, nel 2016 Sì, nel 2017

Sì, nel 2018 Sì, nel 2019 Sì, nel 2021 Sì, nel 2022 Sì, nel 2023 No, mai

Il Responsabile progetto ha già realizzato progetti con Gilead nei tre anni precedenti il giorno 4 marzo 2024?

Sì

No

Se sì, elencare tutti i progetti realizzati e non solo quelli che hanno ricevuto un finanziamento a precedenti edizioni del presente Bando

PROGETTO

Titolo progetto

TEMATICA PRINCIPALE DEL PROGETTO**PREMIO SPECIALE "GROWING HORIZONS"**

Al fine di consentire alla Commissione Giudicatrice la possibilità di attribuire il premio speciale "Growing Horizons" previsto dal Bando, indicare qui di seguito in che modo il progetto dimostrerà di poter dare efficace continuità a quanto realizzato e conseguito con uno o più progetti premiati in edizioni precedenti del Community Award Program e già conclusi con risultati positivi relativamente agli obiettivi prefissati.

PREMIO SPECIALE "INNOVAZIONE SOCIAL FRIENDLY"

Al fine di consentire alla Commissione Giudicatrice la possibilità di attribuire il premio speciale "Innovazione Social Friendly" previsto dal Bando, indicare qui di seguito le attività che dimostrino un utilizzo innovativo e originale della tecnologia, attraverso l'utilizzo dei social media (ad es. TikTok, Instagram, Facebook) per il raggiungimento delle community di riferimento.

OPERATORI SANITARI

Le risorse economiche richieste per la realizzazione del progetto non possono includere pagamenti di onorari ad operatori sanitari coinvolti nella realizzazione del progetto che siano interni all'Ente partecipante e alle effettive dipendenze. Per operatore sanitario si intende una figura professionale appartenente ad una delle seguenti categorie: medico (generico o specialista), farmacista e infermiere. Sono invece ammessi i pagamenti di onorari ad operatori sanitari coinvolti nella realizzazione del progetto che siano esterni all'Ente partecipante. In tal caso però la figura deve essere effettivamente necessaria ed appropriata al fine della piena e corretta realizzazione del progetto stesso.

Dichiaro che nella realizzazione del progetto SONO COINVOLTI OPERATORI SANITARI INTERNI all'Ente partecipante e alle sue effettive dipendenze (medici generici o specialisti, infermieri o farmacisti) senza che per essi sia previsto alcun tipo di pagamento di onorari.

Dichiaro che nella realizzazione del progetto NON SONO COINVOLTI OPERATORI SANITARI INTERNI all'Ente partecipante e alle sue effettive dipendenze (medici generici o specialisti, infermieri o farmacisti).

Dichiaro che nella realizzazione del progetto SONO COINVOLTI OPERATORI SANITARI ESTERNI all'Ente partecipante così come di seguito precisato:

	SI	NO	Numero di operatori coinvolti	Rapporto di lavoro con l'Ente partecipante	Totale onorari corrisposti*
Medico generico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Medico specialista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Infermiere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Farmacista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Dichiaro che il coinvolgimento degli operatori sanitari esterni indicati al punto precedente è necessaria e appropriata per la corretta e completa realizzazione del progetto. Dichiaro altresì che il ricorso a operatori sanitari esterni è dovuto alla mancanza, all'interno dell'Ente, di figure professionali in grado di svolgere la medesima attività. In qualità di Responsabile progetto e insieme all'Ente partecipante mi impegno infine a garantire espressamente la necessità e l'appropriatezza degli operatori sanitari esterni coinvolti per la corretta e completa realizzazione del progetto.

*Indicare "0" in caso di prestazione a titolo gratuito