

Ambito di Saronno



COMUNE DI SARONNO
Nucleo Ambito Territoriale sociale

PROGETTO ASSISTENZA DIRETTA
FNA DGR 3719/2024 - MISURA B2 Anno 2025

Importante:

prima di procedere alla compilazione della domanda, si raccomanda la lettura completa del bando, per la verifica preliminare della sussistenza dei requisiti (con particolare attenzione alla verifica di eventuali incompatibilità con altre misure/interventi di cui si sia già fruitori ed alle soglie ISEE di accesso per ciascun intervento).

BENEFICIARIO

Cognome e nome	
----------------	--

ENTE ACCREDITATO CON L'AMBITO DI SARONNO

Denominazione	<input type="checkbox"/> Altea Cooperativa Sociale (C.F. 10687400969) <input type="checkbox"/> Dandelion Cooperativa Sociale (C.F. 03568370120) <input type="checkbox"/> Rembrandt Cooperativa Sociale (C.F. 01957760133)		
Sede in cui si svolgerà il progetto	Via	n. civico	
	Città		
	C.A.P.	Provincia	
Referente del progetto			
Telefono			
PEO (Posta Elettronica Ordinaria)			

INFORMAZIONI SPECIFICHE DEL PROGETTO

Descrizione dettagliata del progetto	
Costo totale progetto (SOLO per interventi di sollievo)	€
Costo mensile progetto (si ricorda che l'importo mensile non potrà essere superiore al valore riferito allo scaglione ISEE di appartenenza)	<input type="checkbox"/> Luglio 2025 € _____ <input type="checkbox"/> Agosto 2025 € _____ <input type="checkbox"/> Settembre 2025 € _____ <input type="checkbox"/> Ottobre 2025 € _____ <input type="checkbox"/> Novembre 2025 € _____ <input type="checkbox"/> Dicembre 2025 € _____ <input type="checkbox"/> Gennaio 2026 € _____ <input type="checkbox"/> Febbraio 2026 € _____ <input type="checkbox"/> Marzo 2026 € _____ <input type="checkbox"/> Aprile 2026 € _____ <input type="checkbox"/> Maggio 2026 € _____ <input type="checkbox"/> Giugno 2026 € _____
Data inizio progetto (non antecedente alla data di presentazione dell'istanza)	
Data fine progetto	30/06/2026 – come da piano operativo d'Ambito

Luogo e data del progetto

Timbro e firma dell'ente accreditato