

**PRESENTAZIONE PROGETTI PER IL RAFFORZAMENTO DELLA CAPACITÀ DI RISPOSTA ALL’EMERGENZA COVID-19 DEI SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA**

**POR FSE EMILIA ROMAGNA 2014-2020**

|  |  |
| --- | --- |
| Obiettivo tematico | 9. Promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà e ogni discriminazione  |
| Asse prioritario/Canale di finanziamento | Asse II – Inclusione |
| Priorità di investimento | 9.4 Miglioramento dell’accesso ai servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie d’interesse generale  |
| Obiettivo specifico | 1. Aumento/ consolidamento/ qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell’autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell’offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali
 |
| Linea di azione | 7.2 Interventi emergenziali Covid-19 |

**Format domanda di candidatura**

MARCA DA BOLLO

(euro 16,00)

da applicare sull'originale

Codice Marca da Bollo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data emissione Marca da Bollo: gg/mm/aaaa

Alla Regione Emilia-Romagna

Direzione Generale Economia della conoscenza, del lavoro e dell'impresa

Servizio Programmazione delle politiche dell’Istruzione, della Formazione, del Lavoro e della Conoscenza

Viale Aldo Moro n. 38 - 40127 Bologna

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di legale rappresentante/delegato dell’azienda/dell’ente del Servizio Sanitario Regionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

dichiara

* di essere esente dall’obbligo di assolvimento dell’imposta di bollo in quanto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare riferimento normativo)
* di essere soggetto all’obbligo di assolvimento dell’imposta di bollo

 **Soggetto proponente**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione  |  |
| Partita IVA |  |
| Codice fiscale |  |
| Forma giuridica |  |
| Sede legale | Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_  |
| Email PEC |  |
| Legale rappresentante | Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Luogo e data nascita | Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data GG/MM/AAAA |
| Codice fiscale |  |

**Dati referente: Responsabile Amministrativo del progetto (Direttore Amministrativo)**

|  |  |
| --- | --- |
| Referente | Nome **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Cognome **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Indirizzo |  |
| E-mail |  |
| Telefono |  |

**CHIEDE**

di essere ammesso alla concessione del contributo previsto dall’”INVITO A PRESENTARE PROGETTI PER IL RAFFORZAMENTO DELLA CAPACITÀ DI RISPOSTA ALL’EMERGENZA COVID-19 DEI SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA PO FSE 2014/2020 OBIETTIVO TEMATICO 9 - PRIORITÀ DI INVESTIMENTO 9.4” di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1522/2020 per la realizzazione del progetto

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo del progetto  |  |
| Costo complessivo | euro |
| Contributo richiesto | euro |

**DICHIARA**

di rendere tutte le precedenti dichiarazioni, incluse le dichiarazioni rese negli allegati alla presente domanda, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e di essere consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

*Si allega, se dovut**a, dichiarazione di assolvimento degli obblighi relativi all’imposta di bollo;*

Luogo e data firmata digitalmente dal legale rappresentante

**Scheda Progetto**

1. **Titolo**

|  |
| --- |
| Azienda/Ente del SSN **XXX**: Interventi necessari per rafforzare la capacità dei servizi sanitari di rispondere alla crisi provocata dall’emergenza epidemiologica da COVID-19 |

**2. Descrizione**

|  |
| --- |
| Attraverso il progetto si intendono sostenere gli interventi messi in campo dall’Azienda Sanitaria **XXXX /** Ente del Servizio Sanitario Regionale **XXX**, coerentemente con le indicazioni di livello nazionale e regionale, necessari per rafforzare la capacità di risposta del servizio sanitario regionale alla crisi epidemiologica da COVID-19. Gli interventi riguardano il “Supporto a personale ospedaliero per il trattamento dei pazienti con COVID-19” così come definiti nell’ambito del “Quadro di riferimento per gli interventi FSE da attuare in risposta al Covid-19”, protocollo n. 0008013 del 31 agosto 2020 e s.m.i., a cura dell’Anpal, Autorità Capofila del FSE e del Coordinamento delle Regioni.*Nota per la compilazione**Di seguito a quanto sopra riportato, descrivere sinteticamente l’intervento facendo riferimento alle seguenti voci di spesa che possono essere finanziate, così come esplicitato nell’Invito:*1. *stipendi del personale supplementare assunto per i reparti COVID-19 e dedicato formalmente ai reparti COVID-19;*
2. *compensi aggiuntivi del personale supplementare o già assunto e dedicato formalmente ai reparti COVID-19 (sotto forma, a titolo esemplificativo, di contributi una tantum, premi, indennità ecc.);*
3. *eventuali costi di reclutamento, per il personale supplementare assunto attraverso agenzie di lavoro (o altra modalità).*

*Descrivere, inoltre, se sono state sostenute spese di personale aggiuntive (di cui alla voce D del Piano dei costi) per far fronte all’emergenza epidemiologica. Ci si riferisce in particolare all’erogazione di prestazioni aggiuntive non solo per garantire il trattamento delle persone affette dal virus Covid-19, ma anche per consentire l’accesso alle cure dei pazienti delle strutture sanitarie e per ridurre le liste d’attesa, che, nel corso degli ultimi mesi, si sono allungate a causa di personale impegnato in maniera straordinaria per far fronte all’emergenza epidemiologica. L’ammissibilità di tali costi (di cui alla voce D) è subordinata al loro inserimento nel documento nazionale “Quadro di riferimento per gli interventi FSE da attuare in risposta al Covid-19”, protocollo n. 0008013 del 31 agosto 2020 e s.m.i., ad oggi oggetto di aggiornamento, oppure ad eventuali chiarimenti a cura dell’Anpal, Autorità Capofila del FSE.* |

**3. Data inizio e data presunta di termine progetto**

|  |
| --- |
| Data di inizio: *…*Data presunta di termine: *…**Nota per la compilazione**Indicare la data di inizio e la data di termine presunta delle attività di progetto.**Per data di inizio si intende la data di inizio di ammissibilità della spesa chiesta a rimborso oppure la data di realizzazione della prima prestazione per la quale si richiede il contributo. La data di inizio non può essere antecedente al 1° febbraio 2020.**Per data presunta di termine si intende la data dell’ultima spesa sostenuta chiesta a rimborso oppure la data di realizzazione dell’ultima prestazione realizzata per la quale si chiede il contributo nel presente invito. La data di termine presunta non può essere successiva al 30 giugno 2021.* |

**4. Piano dei costi**

*Nota per la compilazione*

*Per ciascuna delle voci di spesa indicate nel Piano dei conti, inserire l’importo totale in euro del contributo che si intende richiedere a fronte dei costi sostenuti e/o delle prestazioni realizzate per far fronte all’emergenza epidemiologica Covid-19.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Voci di spesa** | **Totale costi in applicazione dei parametri previsti dall’Invito** |
| **A** | **Stipendi del personale qualificato supplementare assunto per i reparti Covid-19 e dedicato formalmente ai reparti Covid-19** | **euro** |
| **B** | **Compensi aggiuntivi del personale supplementare o già assunto e dedicato formalmente ai reparti Covid-19, erogati sotto forma di Contributi una tantum, Premi, Indennità, ecc** | **euro** |
| **C** | **Costi reclutamento per il personale supplementare assunto attraverso agenzie di lavoro.** | **euro** |
| **D** | **Spese aggiuntive di personale, sostenute per far fronte all’emergenza epidemiologica** | **euro** |
| **Totale costi sostenuti** | **euro** |
| **Di cui contributo richiesto** | **euro** |

**5. Specifiche per la determinazione presunta delle voci di costo**

*Nota per la compilazione*

*Per ciascuna delle voci previste nel Piano dei conti di cui al punto 4., specificare negli appositi riquadri, le modalità di determinazione del costo sostenuto, in funzione dei dati quantitativi e dei relativi parametri di costo previsti dall’Invito che si riportano di seguito.*

***VOCE DI SPESA A***

*Per ciascun livello del CCNL indicare l’UCS (Unità di Costo standard) giornaliera (in caso di lavoro ordinario) oppure dell’UCS oraria (in caso di lavoro straordinario) facendo riferimento alla tabella che segue:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Livello****CCNL** | **UCS GIORNALIERA** Lavoro ordinario | **UCS ORARIA**Lavoro straordinario |
| **DS** | 131,78 | 29,84 |
| **D** | 121,03 | 27,40 |
| **C** | 110,82 | 25,09 |
| **BS** | 98,76 | 22,36 |
| **B** | 94,48 | 21,39 |
| **A** | 87,17 | 19,74 |

***N.B.****- non sono ammissibili spese per il personale dirigente*

***VOCI DI SPESA B e D***

*Per i compensi aggiuntivi, prendere a riferimento le Somme forfettarie riportate nella seguente tabella:*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SOMMA FORFETTARIA (n. ore lavorate)** |
| Personale del comparto | Euro 66,67(euro 50,00 + oneri e IRAP) |
| Personale della dirigenza | Euro 65,10(euro 60,00 + IRAP) |

***VOCE DI SPESA C***

*I costi reclutamento per il personale supplementare assunto attraverso agenzie di lavoro corrispondono ai costi reali effettivamente sostenuti e riconosciuti alle agenzie.*

|  |
| --- |
| 1. **Stipendi del personale qualificato supplementare assunto per i reparti Covid-19 e dedicato formalmente ai reparti Covid-19**

Il costo totale degli stipendi del personale qualificato supplementare appositamente assunto per far fronte alle esigenze dei reparti Covid-19 a cui è stato formalmente assegnato è così calcolato:* Costi del personale supplementare per lavoro ordinario = *n. giorni di lavoro x UCS giornaliera*

*(ripetere la riga per ogni livello CCNL)* Inoltre, in questa voce, è possibile considerare anche il costo per lavoro straordinario svolto dal personale supplementare e dal personale già in servizio presso l’Azienda/Ente, da calcolare come segue:* Costi del personale supplementare per lavoro straordinario = *n. ore lavorate x UCS oraria*
* Costi del personale già assunto per lavoro straordinario = *n. ore lavorate x UCS oraria*

*(ripetere la riga per ogni livello CCNL)* |

|  |
| --- |
| 1. **Compensi aggiuntivi del personale supplementare o già assunto e dedicato formalmente ai reparti Covid-19, erogati sotto forma di Contributi una tantum, Premi, Indennità, ecc**

Il costo totale del personale qualificato (supplementare o già assunto) dedicato formalmente ai reparti Covid-19 relativo a prestazioni aggiuntive di cui all’articolo 115, comma 2 del CCNL 2016/2018 della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie dipendenti del Sistema sanitario nazionale e art. 6 comma 1 lettera d del CCNL 2016/2018 del personale del comparto sanità dipendenti del Sistema sanitario nazionale è così calcolato:* Compensi aggiuntivi per il personale del comparto = *n. ore lavorate x SOMMA FORFETTARIA*

+* Compensi aggiuntivi per il personale della dirigenza = *n. ore lavorate x SOMMA FORFETTARIA*
 |

|  |
| --- |
| 1. **Costi reclutamento per il personale supplementare assunto attraverso agenzie di lavoro.**

Il costo totale per il reclutamento di personale attraverso il ricorso ad agenzie del lavoro è riconosciuto sulla base dei costi reali effettivamente sostenuti a fronte di fatture e/o documenti contabili probanti la spesa presentati dalle agenzie di lavoro. Il costo totale di reclutamento è comprensivo di:* Costi per lavoro ordinario
* Imposte ed Oneri
* Prezzo del servizio
 |

|  |
| --- |
| 1. **Spese aggiuntive di personale, sostenute per far fronte all’emergenza epidemiologica.**

Il costo totale per prestazioni aggiuntive per far fronte all’emergenza epidemiologica, realizzate, cioè, non solo per garantire il trattamento delle persone affette dal virus Covid-19, ma anche per consentire l’accesso alle cure dei pazienti delle strutture sanitarie e per ridurre le liste d’attesa, che, nel corso degli ultimi mesi, si sono allungate a causa di personale impegnato in maniera straordinaria nell’emergenza, è così calcolato:* Compensi aggiuntivi per il personale del comparto = n. ore lavorate x SOMMA FORFETTARIA

+* Compensi aggiuntivi per il personale della dirigenza = *n. ore lavorate x SOMMA FORFETTARIA*

***N.B.*** *– in tale voce di costo* ***non*** *rientrano i compensi aggiuntivi già indicati al punto B*  |

**6.Indicatore presunto riferito ai costi totali sostenuti**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Codice** | **Indicatore** | **Unità di misura** | **Valore previsto totale** | **Di cui Maschi** |
| **IS\_ V31** | Destinatari che hanno beneficiato di un sostegno per combattere e contrastare il Covid-19 | Numero di unità di personale  |  |  |

**7. Procedure attivate**

|  |
| --- |
| Per il reclutamento del personale destinatario dell’intervento, supplementare o in già forza, i cui costi sono presentati nel Piano al punto 4., sono state seguite procedure ad evidenza pubblica nel rispetto della normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia. In fase di verifica rendicontuale saranno resi disponibili le necessarie informazioni quali i riferimenti normativi delle procedure attivate, nonché copia delle procedure di appalto e/o verbali di accordo sindacali. |