

Piano Finanziario Progetto "Sostegno fragilità anziani – una rete di prossimità" - Zona Distretto Elba

PARTNER	TRIENNIO																TOTALE contributo (s)	TOTALE comp (t)	TOTALE (u)
	Attività 1 (a)	Contributo (b)	Comp. (c)	Totale attività 1 (d)	Attività 2 (e)	Contributo (f)	Comp. (g)	Totale attività 2 (h)	Attività 3 (i)	Contributo (l)	Comp. (m)	Totale attività 3 (n)	Attività 4 (o)	Contributo (p)	Comp. (q)	Totale attività 4 (r)			
Capofila																			
Partner 1																			
Partner 2																			
Partner 3																			
Partner 4																			
Partner .....																			
TOTALE																			

Indicare la denominazione del soggetto capofila e dei partner. Nel caso di partecipazione in forma singola, compilare soltanto la prima riga. Nel caso di n. di partner superiore a 4, inserire ulteriori righe

- (a) (e) (i) (o) indicare il tipo di attività da svolgersi (es. ricezione segnalazione, valutazione, presa in carico, fornitura servizio assistenza domiciliare, ecc)
- (b) (f) (l) (p) indicare il totale dei costi coperti da contributo, suddivisi per tipo di attività
- (c) (g) (m) (q) indicare il totale dei costi coperti da compartecipazione, suddivisi per tipo di attività
- (d) (h) (n) (r) indicare il totale complessivo dei costi di ogni singola attività (totale contributo + totale compartecipazione)
- (s) indicare il totale complessivo dei costi coperto da contributo
- (t) indicare il totale complessivo dei costi coperto da compartecipazione
- (u) indicare il totale complessivo dei costi di tutte le azioni