# Alla Giunta Regionale della Campania

Direzione Generale LL. PP. e Protezione Civile

STAFF 50 18 92 – Protezione Civile Emergenza e post Emergenza

p.e.c.: [staff.protezionecivile@pec.regione.campania.it](mailto:staff.protezionecivile@pec.regione.campania.it)

**ALLEGATO C – ISTANZA UNITARIA DI CONTRIBUTO PER COORDINAMENTI**

|  |  |
| --- | --- |
| Oggetto: | **D.G.R. n. 661 del 16/11/2023 – Fondo regionale di Protezione civile art. 45 del Codice della Protezione civile. Risorse annualità 2022/2023. Programma di interventi.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANAGRAFICA COORDINAMENTO** | | | | | | | | |
| **DENOMINAZIONE COORDINAMENTO** |  | | | | | | | |
| **CODICE FISCALE** |  | | | | | | | |
| **NUM. ISCRIZIONE ELENCO TERRITORIALE** |  | | | D.D. di iscrizione |  | | | |
| **PEC** |  | | | | | | | |
| **SEDE**  **LEGALE** | Città |  | | | Provincia | |  | |
| Via/piazza |  | | | N. civico | |  | |
| **ADERENTE AD UN COORDINAMENTO/ ASSOCIAZIONE NAZIONALE** | NO | SI (indicare quale)  *N.B.: I Coordinamenti/Associazioni Nazionali sono iscritti all’Elenco Centrale presso ili Dipartimento di Protezione Civile* | | | | | | |
| **ODV ADERENTE ALLA COLONNA MOBILE REGIONALE (CMR)**  *(come dichiarato all’atto dell’iscrizione all’Elenco territoriale o anche successivamente ai sensi della D.G.R.75/2015)* | SI | NO | | | | | | |
| **RAPPRESENTANTE LEGALE DEL COORDINAMENTO** | | | | | | | | |
| **NOME E COGNOME** | |  | | | | | | |
| **LUOGO DI NASCITA** | |  | | | | | | |
| **DATA DI NASCITA** | |  | | | | | | |
| **CODICE FISCALE** | |  | | | | | | |
| **RESIDENZA** | | Città |  | | | Provincia | |  |
| Via/piazza |  | | | N. civico | |  |
| **RECAPITO CELLULARE** | |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **RIFERIMENTI BANCARI DEL COORDINAMENTO** | |
| **INTESTATARIO CONTO CORRENTE** |  |
| **ISTITUTO DI CREDITO** |  |
| **FILIALE DI** |  |
| **C.C. NUMERO** |  |
| **IBAN** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELENCO DELLE ODV ADERENTI E A CONOSCENZA DELL’ISTANZA** | | | | | |
| **N.** | **DENOMINAZIONE** | **NUM. ISCRIZIONE ELENCO TERRITORIALE** | **D.D. DI ISCRIZIONE** | **MODULI OPERATIVI**  **(indicare codice come da legenda)** | **FIRMA PER P.V. DEL LEGALE RAPPRESENTANTE** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\*LEGENDA** | | |
| **01** -Segreteria | **P.-** Squadre Volontari A.I.B. -sottosezione Pattugliamento | **12** - Assistenza medica |
| **02** - Radio e telecomunicazioni | **L.** -Squadre Volontari A.I.B. -sottosezione Lotta Attiva | **13 -** Assistenza sociale |
| **03** - Logistica | **D**- Squadre Volontari A.I.B. sottosezione DOS | **14** - Vigilanza |
| **04** - Manutenzione | **S-** Squadre Volontari A.I.B. sottosezione Sala Operativa | **15** - Operatore in ambiente acquatico |
| **05** - Cucina da campo e distribuzione pasti | **09** - Operatori mezzi/attrezzature speciali | **16** - Operatore in ambiente impervio |
| **06** - Operatori protezione civile generici | **10** - U.tà cinofile ric.ca superficie e macerie | **17** - Informatica e telematica |
| **07** - Operatori emergenza idrog.ca e meteo | **11** - Soccorso sanitario | **18** - Informazione e documentazione |

|  |
| --- |
| **AMBITO OPERATIVITA’** |
| *N.B. Dichiarare lo stesso ambito di operatività comunicato all’atto dell’iscrizione dell’Elenco territoriale (D.G.R. 75/2015).* |
| * Operatività Comunale * Operatività Provinciale * Operatività Regionale * Operatività Nazionale * Operatività Internazionale |

**CHIEDE**

**DI PARTECIPARE AL BANDO IN OGGETTO PER IL PROGETTO RIENTRANTE NELLA SEGUENTE TIPOLOGIA DI INVESTIMENTO**

*(indicare una o più opzioni purchè relative* ***a una sola tipologia d’investimento****)*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **PER RISCHIO SISMICO/VULCANICO** | |
|  | camper segreteria attrezzati, cucine da campo per almeno 250/pasti/ora anche compresi tavoli e panche, camper TLC, containers frigo per conservazione derrate alimentari, padiglioni igienici mobili (container bagni e container docce); |
|  | mezzi di trasporto per persone disabili e per persone che necessitano di assistenza per l’allontanamento delle stesse dalle aree a rischio, del tipo Minibus e Van allestiti, mezzi di trasporto persone con almeno n. 9 posti; |
|  | torri faro su rimorchio, pannelli luminosi a messaggio variabile da installare su veicoli; ricoveri anche per animali da reddito, attrezzature per allestimento delle aree di accoglienza: tende, tensostrutture di comunità, brande ed effetti letterecci. |
|  | Altri mezzi o attrezzature utili per gli interventi di colonna mobile regionale per rischio sismico/vulcanico |
| 1. **PER RISCHIO IDROGEOLOGICO** | |
|  | bobcat, mini-escavatori, pale gommate o cingolate, e relativi mezzi di trasporto; |
|  | motopompe da fango, barriere anti-inondazione, ture gonfiabili, argini artificiali; |
|  | mezzi officina, pompe idrovore da almeno 7.500 l/m con tubi di aspirazione min 4 polllici; gommoni raft; |
|  | D.P.I. in ambiente acquatico |
|  | Altri mezzi o attrezzature utili per gli interventi di colonna mobile regionale per rischio idrogeologico |
| 1. **INVESTIMENTI IMMATERIALI** | |
|  | Corsi di formazione anche ai fini del D.Lgs. n. 81/2008 |
|  | Patenti di guida tipo E, C e D necessarie per condurre i mezzi posseduti e censiti; |
|  | Attività divulgative |

**BREVE DESCRIZIONE DEL PROGETTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **BREVE DESCRIZIONE DEL PROGETTO** | Tipologia di investimento 1 oppure 2 oppure 3  *Descrivere il Progetto ed elencare gli investimenti proposti con indicazione analitica dei prezzi di ciascun mezzo/attrezzatura che si intende acquistare e che devono essere coerenti con I moduli posseduti*  *In caso di corsi o patenti è necessario che siano coerenti con i moduli e le attrezzature possedute* |

|  |  |
| --- | --- |
| **IMPORTO TOTALE DEL PROGETTO** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **IMPORTO TOTALE RICHIESTO**  **(massimo € 100.000,00)** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**EVENTUALE COFINANZIAMENTO**

(PER L’IMPORTO ECCEDENTE IL CONTRIBUTO MASSIMO DI **€ 100.000,00**)

|  |  |
| --- | --- |
| **IMPORTO DEL CO-FINANZIAMENTO:** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **FONTE DEL CO-FINANZIAMENTO:** | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**DICHIARA**

che il progetto presentato è coerente con I moduli operativi posseduti come sopra elencati.

**CRITERI DI PREMIALITA’**

|  |  |
| --- | --- |
| **EVENTUALI ATTIVAZIONI PER ATTIVITA’ EMERGENZIALI O ADDESTRATIVE/ESERCITATIVE NEGLI ULTIMI 2 ANNI**  *(da allegare alla presente modulistica)* | Num. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **EVENTUALI CONVENZIONI IN ESSERE CON GLI UFFICI DELLA DG 50.18 NEGLI ULTIMI 2 ANNI** *(da allegare alla presente modulistica)* | N. |
| **PER N. SQUADRE OPERATIVE COMPLESSIVE** | N. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MEZZI O ATTREZZATURE RICEVUTI IN COMODATO**    (indicare sia quelli ricevuti come Coordinamento che come single OdV facenti parte del Coordinamento) | SI | NO |
| **SE SI INDICARE NUMERO E TIPOLOGIA DI MEZZI O ATTREZZATURE RICEVUTE**  (indicare sia quelli ricevuti come Coordinamento che come single OdV facenti parte del Coordinamento) |  | |

*N.B.: i due anni si intendono riferiti a quelli antecedenti alla data di pubblicazione del bando, tenendo in considerazione esclusivamente le attivazioni emergenziali o addestrative recanti protocollo regionale*

Consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA altresì:**

di aver preso visione ed accettare tutte le clausole del bando;

di essere a conoscenza che il progetto presentato potrà essere ammesso a finanziamento anche parzialmente, su proposta della Commissione;

di essere a conoscenza degli obblighi in capo ai beneficiari di cui all’art. 9 del Bando, e in particolare:

* di mettere a disposizione della Colonna Mobile regionale della Campania tutti i mezzi e le attrezzature finanziate, che vanno a far parte della CMR;
* di garantire l’operatività regionale e nazionale e la disponibilità all’impiego, su disposizione della SORU, in qualsiasi parte del territorio regionale e nazionale colpito da emergenze di protezione civile o per attività addestrative o esercitative di livello regionale, interregionale o nazionale;

di essere a conoscenza delle responsabilità in capo al Legale Rappresentante dell’Associazione:

* che le attrezzature, gli equipaggiamenti e i dispositivi di protezione acquistati siano conformi alle norme CE previste per il tipo di impiego;
* che i volontari deputati all’utilizzo dei mezzi e attrezzature acquistati siano qualificati e formati, ove per formazione si intende anche la formazione e l’informazione sui rischi derivanti dalla specifica attività svolta ai sensi del D.lgs. n. 81/2008;
* che i soci volontari deputati all’utilizzo siano iscritti all’elenco del volontariato di P.C., di età maggiorenne, con idoneità psico-fisica certificata per la specifica attività, assicurati contro gli infortuni e le malattie connessi allo svolgimento dell’attività di volontariato, nonché per la responsabilità civile verso i terzi, in corso di validità per la specifica attività svolta.

**ALLEGATI OBBLIGATORI**

1. Copia del documento di identità del Legale Rappresentante;
2. N\_\_\_\_\_\_preventivo/i analitico/i;
3. N\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attivazioni per attività emergenziali o addestrative/esercitative negli ultimi 2 anni

*(Allegare lo stesso numero di attivazioni dichiarate precedentemente);*

1. N\_\_\_\_\_\_\_ convenzioni in essere con gli Uffici della DG 50.18 negli ultimi 2 anni

*(Allegare lo stesso numero di convenzioni dichiarato precedentemente);*

1. Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATA FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

**(IN FORMATO DIGITALE PADES)**

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