# ALLEGATO D

**Scheda delle esperienze dell'ETS**

Procedura di coprogettazione ai sensi dell'art. 55, comma 3, del D.Lgs. n. 117/2017, finalizzata alla presentazione e, in caso di finanziamento, all'attuazione del progetto per l'attivazione di un nuovo Centro Antiviolenza presso la sede comunale di Via Paribeni.

Determinazione di approvazione n. 758 / A-AMM del 19/11/2026 | Scadenza: ore 12:00 del 30/11/2026.

Compilare una scheda per ciascun ETS della forma associata. Le esperienze devono essere verificabili e coerenti con i requisiti dichiarati.

**Denominazione ETS** _____

**Ruolo nella candidatura** _____

**Periodo complessivo di attività nel contrasto alla violenza di genere** _____

**Referente per le verifiche** _____

**QUADRO RIEPILOGATIVO**

| N. | Committente/finanziatore | Servizio o progetto | Periodo |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |

## Scheda analitica esperienza

**ESPERIENZA N. 1**

**Committente/ente finanziatore** _____

**Titolo e oggetto** _____

**Sede e territorio** _____

**Periodo dal/al** _____

**Valore complessivo e quota gestita** _____

**Forma di affidamento/partenariato** _____

**Ruolo dell'ETS** _____

**Servizi resi alle donne e ai figli minori** _____

_____

**Risultati e indicatori raggiunti** _____

_____

**Attività di rete** _____

_____

**Referente del committente, telefono e PEC** _____

**ESPERIENZA N. 2**

**Committente/ente finanziatore** _____

**Titolo e oggetto** _____

**Sede e territorio** _____

**Periodo dal/al** _____

**Valore complessivo e quota gestita** _____

**Forma di affidamento/partenariato** _____

**Ruolo dell'ETS** _____

**Servizi resi alle donne e ai figli minori** _____

_____

**Risultati e indicatori raggiunti** _____

_____

**Attività di rete** _____

_____

**Referente del committente, telefono e PEC** _____

**ESPERIENZA N. 3**

**Committente/ente finanziatore** _____

**Titolo e oggetto** _____

**Sede e territorio** _____

**Periodo dal/al** _____

**Valore complessivo e quota gestita** _____

**Forma di affidamento/partenariato** _____

**Ruolo dell'ETS** _____

**Servizi resi alle donne e ai figli minori** _____

_____

**Risultati e indicatori raggiunti** _____

_____

**Attività di rete** _____

_____

**Referente del committente, telefono e PEC** _____

**ESPERIENZA N. 4**

**Committente/ente finanziatore** _____

**Titolo e oggetto** _____

**Sede e territorio** _____

**Periodo dal/al** _____

**Valore complessivo e quota gestita** _____

**Forma di affidamento/partenariato** _____

**Ruolo dell'ETS** _____

**Servizi resi alle donne e ai figli minori** _____

_____

**Risultati e indicatori raggiunti** _____

**Attività di rete** _____

**Referente del committente, telefono e PEC** _____

Il/La sottoscritto/a autorizza il Comune a verificare le esperienze dichiarate presso i committenti indicati.

Luogo e data: _____

**Il/La legale rappresentante**

_____

Firma digitale