**Allegato A3 – SCHEDA PROGETTO**

**CONCESSIONE DI CONTRIBUTI AD ASSOCIAZIONI CHE OPRANO NEL VOLONTARIATO DEI SERVIZI ALLA PERSONA PER L’ORGANIZZAZIONE DI N. 2 SCREENING MEDICI. ANNO 2023**

**SOGGETTO PROPONENTE:**

**TITOLO DEL PROGETTO:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date di svolgimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Programma dell’iniziativa**

**Descrizione sintetica del progetto**

**Quadro economico dell'iniziativa**

|  |  |
| --- | --- |
| **USCITE Euro** |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
| **TOTALE Euro** |  €  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENTRATE Euro** |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
| **TOTALE Euro** |  €  |

**Luogo e data Il Dichiarante**