

## “SCHEDA PROGETTO”

DOMANDA DI FINANZIAMENTO “SULLA ROTTA PER IHANGA 2020”

### 1. Proponente

Denominazione	<b>NOI CON VOI ODV</b>			
Indirizzo	<b>Viale del sole n°15</b>			
Città	<b>Savigliano</b>	CAP <b>12038</b>	Prov. <b>CN</b>	Stato <b>ITALIA</b>
Anno di costituzione	<b>2007</b>	Codice Fiscale	<b>95019810043</b>	
Telefono	<b>349 5238784</b>	FAX	_____ E-mail <b>info@noiconvoi.org</b>	
Sito Web	<a href="http://www.noiconvoi.org">www.noiconvoi.org</a>	N° iscrizione CCIA (eventuale)	____/_____	
Legale Rappresentante	<b>Piano Gabriella</b>	Carica	<b>Presidente</b>	
Specificare la natura dell'ente	<b>Associazione di Volontariato ODV</b>			
Elenco comuni/territori in cui opera:	<b>Savigliano e provincia Cuneo, Torino e provincia, Africa: Burkina Faso, Kenya, Tanzania</b>			

### 2. Progetto

#### Denominazione del progetto

**Lotta al Covid-19 all'ospedale di Nanoro – Burkina Faso**

#### Luogo dell'intervento

Italia (specificare città e indirizzo)  
\_\_\_\_\_

Estero (specificare stato, città e indirizzo)  
**Burkina Faso, Villaggio di Nanoro, BP38 Nanoro, CMA Saint Camille de Nanoro**

#### Area di intervento

sociale  **x assistenziale**  umanitario  culturale

#### Responsabile del progetto

Nome	<b>Fr.Dieudonné</b>	Cognome	<b>Sorgho</b>	Carica	<b>Direttore Generale Ospedale</b>
E-Mail	<b>wendsoarba@gmail.com</b>	Telefono	_____	Cellulare	<b>00226 70453187</b>

**Analisi del contesto e descrizione documentata dei bisogni** (*descrizione del contesto socio-economico e culturale; indicare se il progetto è la prosecuzione di un'iniziativa già in atto o è nuovo; indicare con precisione i problemi e i bisogni della realtà d'intervento che giustificano il progetto*).

**Il contesto è l'ambito sanitario in Burkina Faso, quart'ultimo paese più povero del mondo, in cui l'accesso alle cure sanitarie è drammaticamente limitata. La necessità rilevata nella zona del Centro-Ovest dove si trova l'Ospedale di Nanoro è quella di far fronte alle varie problematiche sanitarie che affliggono gli abitanti della zona in particolare in questo momento la finalità è la prevenzione e la lotta al Covid-19.**

**Descrizione degli obiettivi** (indicare obiettivo generale, a lungo termine, del progetto -es. contribuire al miglioramento dell'alfabetizzazione della popolazione- e obiettivi specifici che esprimono l'impatto sul problema centrale quale risultato delle azioni del progetto).

**Obiettivo generale è la formazione, prevenzione e sensibilizzazione sulle problematiche e manifestazione del Covid-19. Obiettivo specifico è l'acquisto di attrezzature e macchinari per la sala di rianimazione (ventilatori, monitor da pronto soccorso, concentratore di ossigeno, saturimetri, termometri ad infrarossi) e DPI quali mascherine e disinfettanti.**

**Destinatari** (descrivere le caratteristiche – sesso, età, condizioni, ecc. – ed il numero dei beneficiari).

**I destinatari sono in primis gli abitanti della zona, l'area del Centro Ovest coperta dall'Ospedale di Nanoro che conta circa 160.000 persone. Beneficiano del progetto anche tutti i dipendenti dell'Ospedale.**

**Durata del progetto** (Specificare data di inizio e fine progetto).

**Il progetto ha avuto inizio nel mese di marzo 2020 quando tempestivamente abbiamo inviato un contributo in denaro all'ospedale di Nanoro per acquistare dei DPI e affrontare l'emergenza. Terminerà nel momento in cui ci sarà la disponibilità economica per acquistare le attrezzature ed inviarle sul posto, comunque entro dicembre 2021.**

**Collegamento con altri progetti** (descrivere brevemente altri progetti analoghi precedentemente realizzati o in fasi di realizzazione nella stessa zona o altre, indicandone le sinergie e/o il collegamento – es. se il progetto presentato fa parte di un progetto più ampio).

**Il progetto presentato rientra nell'ambito più ampio dell'ospedale Saint Camille di Nanoro, in cui l'Associazione Noi con Voi opera da quando è nata nel 2007 e dove ha già finanziato diversi progetti importanti, quali la realizzazione della Casa di Formazione per le Mamme del CREN (Centro per i bambini denutriti), l'allestimento del reparto di Maternità, la realizzazione di un impianto fotovoltaico, l'acquisto di strumenti per il Pronto Soccorso, l'invio di un'ambulanza, la formazione specialistica di un'infermiera professionale in ORI, l'acquisto e allestimento del reparto completo di ORL grazie alla campagna panettoni dell'anno 2016/2018**

**Partner pubblici, privati, nazionali, internazionali** (descrizione del/i partner e compiti nella realizzazione del progetto: nome, forma giuridica, finalità, anno di costituzione, recapito, nome e generalità del legale rappresentante, breve descrizione delle attività realizzate negli ultimi anni).

**Il progetto viene realizzato in collaborazione con i missionari camilliani del Burkina Faso, che gestiscono l'ospedale e che si fanno carico di pagare le spese fisse dell'ospedale nonché il personale ivi impiegato.**

**Descrizione delle attività** (descrivere puntualmente come si intendono realizzare le azioni che concorrono alla realizzazione degli obiettivi, specificando anche le attività di comunicazione, sensibilizzazione, rendicontazione, indicando le modalità di attuazione del progetto e dei responsabili dell'esecuzione dello stesso).

**Attività 1 richiesta dei preventivi dettagliati e delle date di consegna delle attrezzature, a cura del referente del progetto nell'associazione, monitoraggio del materiale già inviato nel 2020.**

**Attività 2 Ordine, pagamento e monitoraggio della procedura di preparazione della merce. La ditta produttrice è situata in Italia.**

**Attività 3 Organizzazione della consegna delle attrezzature presso la sede dell'associazione che si occupa della spedizione dei container diretti in Burkina Faso.**

**Attività 4 Sdoganamento e ritiro delle attrezzature in loco da parte del direttore dell'Ospedale. I costi di sdoganamento saranno sostenuti da loro e sono il loro contributo al progetto**

**Attività 5 Installazione e montaggio delle attrezzature in reparto presso ospedale di Nanoro**

Altro

**Cronologia** (indicazione dei mesi utili per l'attuazione del progetto ed elaborazione di un calendario di realizzazione delle attività, secondo lo schema sotto riportato)

ANNO 2021												
Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Preparazione attività 1 (titolo)	X											
Esecuzione attività 1 (titolo)				X								
Preparazione attività 2 (titolo)					X							
Esecuzione attività 2 (titolo)					X							
Preparazione attività 3 (titolo)						X						
Esecuzione attività 3 (titolo)						X						
Esecuzione attività 4 (titolo)									X			
Esecuzione attività 5 (titolo)										X		
Altro												

**Risultati attesi** (menzionare indicatori oggettivamente verificabili - es. n. di famiglie assistite, n. operatori formati- che quantificano i risultati da raggiungere relativi agli obiettivi specifici).

**Facendo una buona azione di prevenzione e sensibilizzazione si spera in una bassa percentuale di contagi e decessi.**  
**La finalità del progetto non si esaurirà con la auspicata fine della pandemia, ma quanto acquistato continuerà ad essere utilizzato nel reparto di rianimazione dell'ospedale.**

**Impatto sociale del progetto** (Descrizione degli effetti del progetto nella realtà sociale).

**Con questo aiuto si permetterà all'ospedale di affrontare non solo il Covid19, ma qualsiasi altra patologia che richiede l'intervento della sala di rianimazione.**

**Sostenibilità** (indicare i fattori che contribuiscono a garantire la sostenibilità del progetto, ovvero la capacità di estenderne gli effetti anche dopo la conclusione formale delle attività).

**Il grado di sostenibilità è elevato in quanto è stato richiesto da loro a fronte di una necessità di impatto mondiale.**

**Numero dei collaboratori (elencare per ciascuno qualifica professionale nonché compiti nell'ambito delle attività progettuali, e ore previste di attività per il progetto oggetto di richiesta).**

Dipendenti	Volontari	1 logistica 1 amministrativo	Altri	Totale	<b>2</b>
------------	-----------	---------------------------------	-------	--------	----------

**Titolo di proprietà** (indicare il titolo di proprietà delle strutture realizzate e delle attrezzature fornite al termine del progetto).

<b>Le strutture e macchinari oggetto di questo progetto rimarranno di proprietà della struttura ospedaliera del CMA Saint Camille di Nanoro.</b>
--

**Costo di realizzazione preventivato**

<b>Costo complessivo</b>	<b>Contributo che si richiede a SULLA ROTTA PER IHANGA</b>
<b>Euro 17.000,00</b>	<b>Euro 15.000,00</b>

**Altre fonti di finanziamento**

Risorse già a disposizione del richiedente	Di cui già ottenuti da altri enti	Contributi richiesti ad altri enti in attesa di risposta
<b>Euro 2.000,00</b>	Euro 0,00	Euro 0,00

**Il proponente dichiara da quali soggetti ha già ottenuto altri contributi in relazione all'iniziativa**

Da:	Euro 0,00
Da:	Euro ,00
Da:	Euro ,00

**Descrizione dei costi e finanziamento**

<b>Costi del progetto in euro</b>	
A. Attività di promozione e divulgazione legate al progetto	
B. Costi di investimento/beni (costruzioni, equipaggiamento, strumentazioni, utensili e macchinari, arredamento, ecc.)	<b>EURO 13.000,00</b>
C. Risorse umane/personale (vitto, alloggio, <b>trasporti</b> , ecc.)	<b>EURO 2.000,00</b>
D. Varie ed eventuali (permessi, autorizzazioni, assicurazioni, imprevisti, ecc.)	
E. Progettazione e rendicontazione	
Altro ( <b>DPI</b> )	<b>EURO 2.000,00</b>
Altro (specificare)	
<b>TOTALE COSTI DEL PROGETTO</b>	<b>EURO 17.000,00</b>
<b>Fonti di finanziamento del progetto:</b>	
A. <i>Fondi disponibili</i>	
Fondi propri	<b>EURO 2.000,00</b>
Doni e/o lasciti già ricevuti	
Prestiti già concordati	
Contributo partner	
Altro (specificare)	
<b>Totale A</b>	<b>EURO 2.000,00</b>
B. <i>Fondi da reperire</i>	
Raccolta fondi	
Doni e lasciti previsti	
Prestiti previsti	
Altro (specificare)	
Fondi richiesti ad altre organizzazioni	
Fondi richiesti a SULLA ROTTA PER IHANGA	<b>EURO 15.000,00</b>
<b>Totale B</b>	<b>EURO 15.000,00</b>

**Informazioni bancarie: Iban, Swift code, ecc.**

**Intestazione c/c ASSOCIAZIONE NOI CON VOI ONLUS**  
**Iban IT 32 N 03048 46850 000000082214**  
**BANCA DEL PIEMONTE – AG DI SAVIGLIANO - CN**


**Indicare la lista dei documenti supplementari allegati se ritenuti necessari**

**Presentazione della situazione Covid19 in Burkina Faso redatta dal direttore dell’Ospedale di Nanoro.**  
**Preventivo di massima di attrezzatura, macchinari e DPI.**

### **3. Condizioni e modalità per la gestione e rendicontazione del progetto**

**Facendo seguito alla richiesta di finanziamento, il proponente è consapevole che l’eventuale contributo sarà elargito tramite il Circolo Oratorio Santa Rita.**

#### **A fronte del contributo concesso il proponente dovrà:**

- a) Inviare una relazione intermedia e una finale, con una rendicontazione contabile delle spese sostenute, ricordando che la documentazione di spesa presentata dovrà essere fiscalmente ammissibile (fatture, cedolini paga, ecc.),
- b) Rilasciare “**Dichiarazione di ricevuta somme**” con le quali si accusa ricevuta delle somme erogate dal Circolo Oratorio Santa Rita.
- c) Fornire i resoconti entro il 31 dicembre 2021 tramite una **Scheda rendicontazione progetto** e/o relazione scritta, foto e video, sapendo e accettando che i canali di comunicazione di SULLA ROTTA PER IHANGA si riservano l’utilizzo di tale materiale per la promozione e le comunicazioni relative alla raccolta fondi;
- d) Impegnarsi ad esplicitare qualora fisicamente possibile, sul progetto e nelle comunicazioni del proprio Ente ai media, che il progetto è stato realizzato anche grazie ad un contributo del progetto SULLA ROTTA PER IHANGA – CIRCOLO ORATORIO SANTA RITA; comunicare tempestivamente e per iscritto al progetto SULLA ROTTA PER IHANGA ogni variazione del progetto o dei dati comunicati con la presente richiesta di finanziamento;
- e) Restituire al progetto SULLA ROTTA PER IHANGA le somme non utilizzate e/o in caso di abbandono o cessazione del progetto.

#### **4. Modalità di erogazione del finanziamento**

I progetti approvati, a insindacabile giudizio dal CIRCOLO ORATORIO SANTA RITA, saranno inseriti nella campagna natalizia 2020 e i relativi fondi raccolti saranno erogati – salvo eccezioni - in due tranches, secondo le seguenti modalità:

- La prima, pari almeno al 80% dell'importo, entro il mese di maggio 2021;
- La seconda, pari all'eventuale saldo del finanziamento approvato, in seguito alla presentazione della relazione finale e/o alla rendicontazione relativa al 100% dell'importo concesso, con rendiconto finanziario e giustificativi di spesa, secondo i punti 3.a, 3.b, 3.c, entro e non oltre il 31 dicembre 2021.

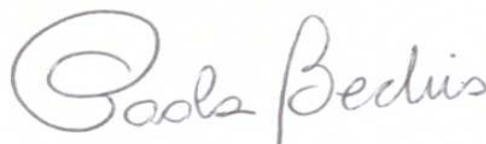
**Data di presentazione**  
**07/09/20**

**Firma\* del legale rappresentante dell'ente**  
(o di chi presenta la domanda assumendosene le responsabilità)

ASSOCIAZIONE  
"NOI CON VOI" - ONLUS  
V.le del Sole, 15 - Cell. +39 349 5238784  
12038 SAVIGLIANO (CN)  
Cod. Fisc.: 9501981 004 3  
e-mail: info@noiconvoi.org

Firma \_\_\_\_\_ 

**Firma\* del responsabile del progetto**



## Dichiarazione sotto forma di atto notorio

Denominazione progetto **Lotta al Covid-19 all'Ospedale di Nanoro – Burkina Faso**

Io sottoscritto \_\_Gabriella Piano\_\_ (Cognome e nome), in qualità di legale rappresentante dell'Ente/Associazione \_\_Noi con Voi Onlus\_\_ con sede legale in via/piazza \_Viale del Sole \_ n° 15, CAP 12038 Comune \_Savigliano (CN), C.F \_95019810043\_

ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute negli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n.445 e consapevole delle conseguenze derivanti dalle dichiarazioni mendaci ai sensi dell'articolo 76 del predetto D.P.R n.445/2000, sotto la mia responsabilità, **dichiaro** di impegnarmi alla realizzazione del progetto secondo i termini illustrati nell'allegata "SCHEDE PROGETTO" presentata il 07/09/20 (data di presentazione).

Data 07/09/20

Firma \_\_\_\_\_

ASSOCIAZIONE  
"NOI CON VOI" - ONLUS  
V.le del Sole, 15 - Cell. +39 349 5238784  
12038 SAVIGLIANO (CN)  
Cod. Fisc.: 9501981 0043  
e-mail: info@noiconvoi.org

