Załącznik nr 1

**KARTA PROJEKTU**

**Realizowanego przy wsparciu środków z Gminnego Funduszu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych**

**I. Informacje ogólne:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa Projektu |  |
| **2** | Data złożenia projektu |  |
| **3** | Nazwa podmiotu składającego projekt |  |
| **4** | Osoba odpowiedzialna za realizację projektu( numer telefonu, email ) |  |
| **5** | Osoba upoważniona do podpisania porozumienia( numer telefonu, email ) |  |

*Ad. 1 Nazwa projektu winna być krótka i odzwierciedlać faktycznie realizowane zadanie.*

*Ad. 2 Data złożenia projektu oznacza dzień w którym projekt trafił do Urzędu Gminy Mysłakowice.*

*Ad. 3 Nazwa podmiotu – pełna nazwa wraz z adresem, adresem e-mail i telefonem kontaktowym.*

*Ad. 4 Osobą odpowiedzialną za realizację projektu może być sołtys, Prezes Zarządu klubu sportowego, Dyrektor Szkoły lub Przedszkola, Prezes Stowarzyszenia, Dyrektor instytucji kultury.*

*Ad. 5 Osoby upoważnione do reprezentowania beneficjenta i zawierania umów.*

**II. Informacje o projekcie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6** | Cel i założenia projektu |  |
| **7** | Miejsce realizacji projektu |  |
| **8** | Sposób realizacji projektu |  |
| **9** | Zasadność realizacji projektu |  |
| **10** | Efekt społeczny projektu |  |
| **11** | Wskazanie wynikające z Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Narkomanii |  |

*Ad. 6 Opis projektu - co ma być wynikiem działania w ramach projektu*

*Ad. 7 Miejsce realizacji projektu – poza opisem może być załączony odręczny szkic sytuacyjny*

*Ad. 8 Sposób realizacji – opisać jakimi środkami (ludzkimi, technicznymi) projekt będzie realizowany*

*Ad. 9 Zasadność realizacji projektu – dlaczego realizacja tego projektu jest potrzebna społeczności*

*Ad. 10 Efekt społeczny – jakie postawy i inne więzi społeczne będą wzmacniane podczas realizacji projektu*

*Ad. 11 Należy podać dokładną treść szczegółowego zadania przyjętego do realizacji Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Narkomanii w danym roku.*

**III. Terminy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **12** | **Termin rozpoczęcia realizacji projektu** |  |
| **13** | **Termin zakończenia realizacji projektu** |  |

**IV. Koszty:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Specyfikacja** | **Opis kosztu, ilość** | **Koszt całkowity** | **Udział własnyi inne** | **Środki GFPiRPA** |
| **14** | **Materiał** |  |  |  |  |
| **15** | **Wkład rzeczowy** |  |  |  |  |
| **16** | **Darowizny****(sponsorzy)** |  |  |  |  |
| **17** | **Inne** |  |  |  |  |
| **18** | **RAZEM** |  |  |  |  |

*Ad. 14 Materiał – podać rodzaj, ilość i wartość*

*Ad. 15 Robocizna własna i praca sprzętu wyrażona w godzinach pracy poszczególnego rodzaju sprzętu*

*Ad. 16 Darowizny – podać zakres rzeczowy i szacowaną wartość*

*Ad. 17 Inne – nie zaliczone do 13,14 i 15. Wymienić co składa się na „inne”*

**V. Opinia Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych co do zgodności projektu
z Gminnym Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Narkomanii.**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

 **…………………………………………**

 ***Przewodniczący GKRPA***

**Miejsce i data:**

**Podpis osoby upoważnionej do podpisania porozumienia**

**……………………………….**

**Podpis osoby odpowiedzialnej za realizację projektu**

**…………………………………**

**Załączniki:**

1. **Program profilaktyczny realizowany w ramach projektu**
2. **Inne**