ORGANISMO INTERMEDIO REGIONE BASILICATA

PON Iniziativa Occupazione Giovani - Piano di Attuazione Basilicata Nuova Garanzia Giovani

Misura 2-C Formazione E ASSUNZIONE

Contributi in regime De Minimis

**FORMULARIO DI PROGETTO**

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo identificativo del percorso formativo |  |
| Informazioni sul datore di lavoro/utilizzatore che ha richiesto la formazione |  |
| Denominazione estesa completa di forma giuridica  |  |
| Sede legale (*indirizzo completo*)  |  |
| Sede di assunzione (*indirizzo completo*)  |  |
| Nome e Cognome del legale rappresentante del datore di lavoro  |  |

Numero ore del percorso formativo (min 50 - max 100): \_\_\_\_\_ di cui laboratorio \_\_\_\_

Le ore totali di docenza sono ripartite come segue:

ore di docenza di fascia A \_\_\_\_;

ore di docenza di fascia B \_\_\_\_;

ore di docenza di fascia C \_\_\_\_;

Numero di moduli componenti il percorso \_\_\_\_

Numero di destinatari previsti \_\_\_\_

Data prevista di avvio \_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo completo della/e sede/i di svolgimento della formazione

Indirizzo 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome del responsabile del corso (per il Soggetto Attuatore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapiti del responsabile (telefono e mail) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome del responsabile del corso (per il datore di lavoro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapiti del responsabile (telefono e mail) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Articolazione e contenuti del Percorso Formativo**

Per ogni Modulo deve essere inserita non più di una Unità di Competenza (UC). Le informazioni relative agli **Item indicati in rosso** sono da rilevaretra le qualificazioni delRepertorio Regionale delle Qualificazioni della Basilicata (RRQ), rientranti nel “Quadro nazionale delle Qualificazioni Regionali (QNQR)”, nell’ambito del Repertorio nazionale di cui all'art.8, del D.Lgs. n.13/2013.

|  |  |
| --- | --- |
| Modulo n.1 | Inserire Titolo del Modulo |
| Denominazione Qualificazione (Standard Professionale) |  |
| Livello EQF |  |
| Settore Economico-Professionale (SEP) |  |
| Profilo professionale regionale di riferimento |  |
| Descrizione profilo professionale |  |
| Sequenze processo QNQR |  |
| Codice univoco ISTAT CP2011 |  |
| Risultato atteso |  |
| Indicatori |  |
| Con riferimento attività, indicare i contenuti oggetto della formazione (i contenuti oggetto della formazione da riportare sul calendario e sul registro): |
| Durata del modulo | Ore totali: |  |
| Didattica di aula: |  |
| Didattica di laboratorio: |  |
| Docenza | Nome e Cognome docente:  |  |
| Ore assegnate:  |  |
| Contenuti di conoscenza oggetto della formazione (*da specificare solo se sono previsti più docenti per lo stesso modulo*) |
| Fascia richiesta: |  |
| (*duplicare se necessario aggiungere altri docenti al medesimo modulo*) |

 (*Duplicare l’intero schema se necessario aggiungere altri moduli*)

**Dettaglio dei destinatari**

|  |
| --- |
| Destinatario n. 1 |
| Codice fiscale |  |
| Nome e Cognome |  |
| Data di assunzione |  |
| Contratto (Tempo determinato o indeterminato) |  |
| Termine di assunzione, se del caso |  |
| Se in somministrazione, indicare:* l’APL datore di lavoro
* l’azienda utilizzatrice
 | (per entrambi, denominazione completa, partita IVA, indirizzo della sede di riferimento dell’APL o l’indirizzo della sede di lavoro per l’utilizzatrice) |
| Codice qualifica su CO (CP2011) |  |
| Denominazione codice qualifica su CO (CP2011) |  |
| CCNL di riferimento |  |
| Data di sottoscrizione del PIP |  |
| Misure diverse dalla 1B erogate nel programma(Indicare Misura, data di avvio e data di conclusione) |  |

|  |
| --- |
| Destinatario n. 2 |
| Codice fiscale |  |
| Nome e Cognome |  |
| Data di assunzione |  |
| Contratto (Tempo determinato o indeterminato) |  |
| Termine di assunzione, se del caso |  |
| Se in somministrazione, indicare:* l’APL datore di lavoro
* l’azienda utilizzatrice
 | (per entrambi, denominazione completa, partita IVA, indirizzo della sede di riferimento dell’APL o l’indirizzo della sede di lavoro per l’utilizzatrice) |
| Codice qualifica su CO (CP2011) |  |
| Denominazione codice qualifica su CO (CP2011) |  |
| CCNL di riferimento |  |
| Data di sottoscrizione del PIP |  |
| Misure diverse dalla 1B erogate nel programma(Indicare Misura, data di avvio e data di conclusione) |  |

|  |
| --- |
| Destinatario n. 3 |
| Codice fiscale |  |
| Nome e Cognome |  |
| Data di assunzione |  |
| Contratto (Tempo determinato o indeterminato) |  |
| Termine di assunzione, se del caso |  |
| Se in somministrazione, indicare:* l’APL datore di lavoro
* l’azienda utilizzatrice
 | (per entrambi, denominazione completa, partita IVA, indirizzo della sede di riferimento dell’APL o l’indirizzo della sede di lavoro per l’utilizzatrice) |
| Codice qualifica su CO (CP2011) |  |
| Denominazione codice qualifica su CO (CP2011) |  |
| CCNL di riferimento |  |
| Data di sottoscrizione del PIP |  |
| Misure diverse dalla 1B erogate nel programma(Indicare Misura, data di avvio e data di conclusione) |  |

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Rappresentante Legale del Soggetto Attuatore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Rappresentante Legale del datore di lavoro/utilizzatore o suo delegato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESCLUSIVAMENTE IN PRESENZA DI DESTINATARI CON CONTRATTI DI SOMMINISTRAZIONE**

Il Rappresentante Legale dell’agenzia di somministrazione o suo delegato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_