# ALLEGATO A

# FORMULARIO DI PROGETTO

# AVVISO PUBBLICO

# “TRAINING PER COMPETERE-FORMAZIONE CONTINUA IN AZIENDA”

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo Progetto |  |
| Soggetto Proponente |  |
| Tipologia di intervento | Aziendale □ Plurianzendale □ |
| Integrazione con Fondi Paritetici Interprofessionali | SI □ NO □ |

## INFORMAZIONI SULL’ORGANISMO FORMATIVO (oppure sull’impresa nel caso di progetti aziendali in cui l’Impresa sia anche soggetto Attuatore)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Organismo Formativo (Denominazione)-Impresa | | Forma Giuridica | |
|  | |  | |
| Codice Fiscale | Partita I.V.A. | | |
|  |  | | |
| Accreditamento n. | | | Data scadenza accreditamento |
|  | | |  |

*Sede Legale*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Via | | | N. Civico | Comune | |
|  | | |  |  | |
| Prov. | C.A.P. | Telefono | | | Fax |
|  |  |  | | |  |
| E-mail | | | Posta Certificata | | |
|  | | |  | | |

*Sede Operativa (se diversa dalla sede legale)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Via | | | N. Civico | Comune | |
|  | | |  |  | |
| Prov. | C.A.P. | Telefono | | | Fax |
|  |  |  | | |  |
| E-mail | | | Posta Certificata | | |
|  | | |  | | |

*Legale rappresentante*

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
|  |  |
| Codice Fiscale | Telefono / cell |
|  |  |
| E-mail |  |
|  |  |

*Responsabile di progetto*

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
|  |  |
| Codice Fiscale | Telefono /cell |
|  |  |
| E-mail |  |
|  |  |

1. **DESCRIZIONE DI DETTAGLIO DELL’INTERVENTO FORMATIVO**

*Sede dell’intervento formativo*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Via | | | N. Civico | Comune | |
|  | | |  |  | |
| Prov. | C.A.P. | Telefono | | | Fax |
|  |  |  | | |  |
| E-mail | | | Posta Certificata | | |
|  | | |  | | |

**2.1 ARTICOLAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO**

Indicazioni generali sul percorso formativo

|  |  |
| --- | --- |
| **Durata complessiva (ore)** |  |
| **Requisiti e numero risorse professionali impiegate** |  |
| **Metodologia didattica** |  |
| **Tecnologie, attrezzature, strumenti, materiali didattici** |  |
| **Durata delle attività di aula e laboratorio (ore)** |  |
| **Durata delle attività relative alle KC (ore)** |  |
| **Durata delle attività di “training on the job” (ore) (se previste)** |  |
| **Requisiti didattici comuni a tutte le UF** |  |
| **Requisiti di risorse professionali e strumentali** |  |
| **Metodologia di valutazione degli apprendimenti** |  |

|  |
| --- |
| **Descrizione modalità di integrazione con Fondi Paritetici Interprofessionali ( Se prevista):** |
|  |

Sequenza delle UF e dei Moduli

|  |  |
| --- | --- |
| **Modulo/UF N…..** |  |
| **Titolo UC univoca corrispondente *(solo per le UF)*** |  |
| **Durata (ore)** |  |
| **Descrizione modulo/UF / Obiettivi/contenuti** |  |

Dettaglio Training on the job (se previsto)

[ Si precisa che il totale degli allievi coinvolti nelle attività training on the job” deve corrispondere al totale degli allievi previsti nel corso di formazione]

|  |  |
| --- | --- |
| **Numero di allievi coinvolti:** |  |
| **Durata (ore)** |  |
| **Durata (giorni)** |  |
| **Sede training on the job (indicare la denominazione, la localizzazione e l’attività prevalente del/dei soggetto/i ospitante/i)** |  |
| **Tutor aziendale (specificare professionalità e ruolo aziendale)** |  |
| **Tutor didattico (specificare numero e professionalità)** |  |
| **Descrizione dell’attività prevista e degli obiettivi da raggiungere** |  |
| **Modalità di svolgimento (indicare se in unica soluzione o in momenti diversi)** |  |
| **Modalità e frequenza delle verifiche** |  |

1. **MODALITA’ DI VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE COME DA SCHEDA DI QUALIFICAZIONE**

**APPROVATA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Titolo competenza** | **Risultato atteso** | **Oggetto di osservazione** | **Indicatori** |
| **Titolo UC 1** |  |  |  |
| **Titolo UC 2** |  |  |  |
| **…** |  |  |  |

1. **DETERMINAZIONE RISORSE FINANZIARIE**

Numero partecipanti \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

Durata Complessiva dell’intervento in ore  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parametro UCS: in base al numero degli utenti € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Totale costo dell’intervento formativo € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parametro UCS \_\_\_\_\_

Fascia docenza B - UCS ora corso € 117,00 x n. tot. ore corso + UCS ora allievo € 0,80 x n. tot. ore allievo

Eventuale cofinanziamento nel caso di Aiuti di Stato in esenzione (Reg.651/14) € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quota di finanziamento pubblico a valere sul POR FSE 2014/2020 € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **CRONOPROGRAMMA ATTIVITA’ DI PROGETTO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’** | | **MESI** | | | | | | | | | | | |
| Attività formativa | Denominazione | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Luogo e Data

Firma legale rappresentante Soggetto Proponente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma legale rappresentante Organismo Formativo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_