

La presente copia, composta di n° 18 fasciate, è conforme all'originale emesso da questo Ufficio.



Allegato "B"

  
**MINISTERO DEL LAVORO  
E DELLE POLITICHE SOCIALI**  
Direzione Generale per le Politiche  
per l'Orientamento e la Formazione



## REGIONE ABRUZZO

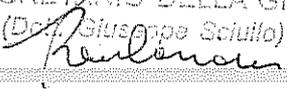
*Direzione Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali.  
Servizio Programmazione delle Politiche Attive del Lavoro, Formative e Sociali.*

### **OFFERTA FORMATIVA PUBBLICA NELL'AMBITO DEL CONTRATTO DI APPRENDISTATO PROFESSIONALIZZANTE O CONTRATTO DI MESTIERE FINALIZZATA ALL'ACQUISIZIONE DI COMPETENZE DI BASE E TRASVERSALI AI SENSI DEL D.LGS. 14 SETTEMBRE 2011 NR. 167**

*Avviso per la presentazione delle domande di assegnazione  
di voucher formativi per apprendisti*

#### **Modulistica di riferimento**

MODELLO "A"	Formulario richiesta finanziamento voucher
MODELLO "B"	Formulario richiesta affidamento corso
MODELLO "C"	Delega richiesta finanziamento voucher
MODELLO "D"	Autodichiarazione ottemperanza norme L. 68/99
MODELLO "E"	Richiesta vidimazione registro
MODELLO "F"	Comunicazione avvio attività
MODELLO "G"	Formulario richiesta liquidazione voucher
MODELLO "H"	Riepilogo presenze
MODELLO "I"	Piano Formativo Individuale

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione  
n. 896 del 2 DIC. 2013  
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
(Dott. Giuseppe Scialoja)  


**FORMULARIO RICHIESTA FINANZIAMENTO VOUCHER**

**(Compilare per ogni apprendista)**

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

Acquisito al protocollo dell'Organismo formativo N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Codice assegnazione voucher  
(Riservato all'ufficio)

**Sezione 1- Dati Organismo formativo**

Denominazione Organismo Formativo			
Codice Fiscale			
Partita IVA			
Natura giuridica			
Rappresentante legale			
Indirizzo sede legale	Indirizzo		
	CAP	Città	
	Provincia	Telefono	
	FAX	E-mail	
Dati relativi all'accreditamento	Data _____	Estremi provvedimento	Sedi accreditate
			_____
			_____

**Sezione 2 – Dati Azienda**

Denominazione azienda		
Sede legale	Sede operativa	
Ragione sociale	Settore azienda	
Attività economica	Numero dipendenti alla data odierna	N. _____
Obbligo dell'osservanza dell'art. 3 della legge n. 68 del 12 marzo 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Allegare autodichiarazione azienda)	Voucher già assegnati	Si <input type="checkbox"/> n° _____ No <input type="checkbox"/>

**Dati relativi al Rappresentante Legale**

Cognome	Nome	
Data nascita	Luogo di nascita	Residenza in
Via	Codice Fiscale	

**Sezione 3 – Dati anagrafici Apprendista**

Cognome e nome	Codice fiscale	
Luogo di nascita	Data di nascita	Età
Residenza in	Via	Cittadinanza

**FORMULARIO RICHIESTA AFFIDAMENTO CORSO**

(Da ripetere per ogni corso richiesto)

<b>Codice corso assegnato</b> (Riservato all'ufficio)	
--	--

**Dati relativi all'Organismo formativo proponente**

Denominazione Organismo			
Codice Fiscale			
Partita IVA			
Natura giuridica			
Rappresentante legale			
Indirizzo sede legale se diversa dalla sede accreditata	Indirizzo		
	CAP	Città	
	Provincia	Telefono	
	FAX		E-mail

**Referente per la formazione esterna**

Nominativo			
Data di nascita	Comune di nascita		
Codice Fiscale			
Residenza			
Telefono	Fax		
E-mail			Ruolo

**Scheda dati relativa all'attività formativa**

Titolo corso			
Profili professionali di riferimento di cui si compone il corso (Elencare)			
<b>Sede operativa</b> accreditata per la macrotipologia: "Formazione continua" presso la quale si eroga la <b>formazione esterna</b>	Indirizzo		
	CAP	Città	Prov
	Telefono	Fax	
	E-mail		
Settore	CCNL di riferimento		

**Destinatari**

(Elencare gli apprendisti che partecipano al corso ed allegare per ogni apprendista il Piano Formativo Individuale)

<b>Apprendista:</b>	<b>Annualità contrattuale (1°, 2°, 3°..... anno):</b>
1. _____;	1. _____;
2. _____;	2. _____;
3. _____;	3. _____;
4. _____;	4. _____;
5. _____;	5. _____;
6. _____;	6. _____;
7. _____;	7. _____;
8. _____;	8. _____;

Domicilio (se diverso da residenza - Obbligatorio) Comune		CAP	Provincia
Via	n° civico	Telefono domicilio	
Obbligo formativo assolto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Contratto apprendistato professionalizzante <input type="checkbox"/>		Qualifica assunzione	
CCNL		Livello assunzione	Livello finale
Codice qualifica:		Data assunzione	Durata del contratto
Estremi della comunicazione al Centro per l'Impiego (C.p.I.)		C.p.I. di riferimento	
<b>Sezione 4 – Tutor aziendale</b>			
Cognome e nome		Codice fiscale	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Titolare d'impresa	Data assunzione	Titolo di studio	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Qualifica professionale		Livello di inquadramento	
Esperienza lavorativa			
Corsi formativi per tutor frequentati		Organismo formativo	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> se SI indicare:			
Sede di svolgimento della formazione		Periodo di svolgimento	Certificazione conseguita
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Sezione 5 – Dati percorso di formazione esterna dell'apprendista</b>			
Titolo corso		Indirizzo sede formativa accreditata	
Telefono	Fax	e-mail	
Profilo professionale di riferimento		Piano Formativo Individuale dell'apprendista (allegare)	
Formazione per l'acquisizione di competenze di base e trasversali ore n. 40 (Indicare la sede di svolgimento)			
<b>Sezione 6 – Costo del voucher e finanziamento richiesto</b>			
Ore formazione con voucher 40 – Costo ora /formazione € 15,00 – Costo voucher (40 x € 15,00 = € 600,00)			
Contributo pubblico richiesto (Massimo valore voucher 100% del costo) € _____			

Le presenti dichiarazioni/informazioni sono rese ai sensi degli artt. 46 – 47 del D.P.R. n° 445 del 28.12.2000

Il richiedente dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Il richiedente dichiara, altresì, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del decreto legislativo 196/2003 e successive modifiche, che tutti i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'espletamento del presente procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il presente formulario si compone di n. \_\_\_\_\_ pagine.

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

Firma Legale Rappresentante Organismo Formativo

(Allegare fotocopia di un valido documento di riconoscimento)

**Allegare:**

- Piano Formativo Individuale (Modello "I")
- Copia autenticata contratto di apprendistato debitamente sottoscritto dalle parti
- Copia autenticata della Comunicazione dell'avvenuta assunzione al Centro per l'Impiego competente
- Delega richiesta finanziamento voucher (da presentare per ogni annualità di riferimento) con la corretta annotazione della data di ricezione dell'organismo formativo

Autodichiarazione, resa ai sensi del D.P.R. 445/2000, del legale rappresentante dell'azienda attestante l'osservanza dell'art. 3 della legge n. 68/1999

**DELEGA RICHIESTA FINANZIAMENTO VOUCHER**

Da compilare da parte dell'Azienda per la scelta del Soggetto attuatore della formazione trasversale e di base esterna.

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

in qualità di rappresentante legale dell'impresa \_\_\_\_\_

**Delega**

l'Organismo formativo \_\_\_\_\_ a

presentare alla Regione Abruzzo la richiesta di finanziamento della formazione esterna per l'acquisizione delle competenze di base e trasversali (Voucher) per l'apprendista

\_\_\_\_\_ assunto il \_\_\_\_\_.

Allego alla presente copia della documentazione richiesta dall'avviso (D.G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_), dichiarando di essere consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

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

Timbro e firma del legale rappresentante

\_\_\_\_\_  
(Allegare fotocopia del documento di riconoscimento)

**Timbro e data ricezione dell'organismo formativo**

\_\_\_\_\_

9. _____;	9. _____;
10. _____;	10. _____;
11. _____;	11. _____;
12. _____;	12. _____;
13. _____;	13. _____;
14. _____;	14. _____;
15. _____;	15. _____;

<b>ARTICOLAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO PER L'ACQUISIZIONE DELLA COMPETENZE DI BASE E TRASVERSALI (40 ORE)</b> Compatibile con i Piani Formativi Individuali	
<b>FORMAZIONE DI BASE</b>	
<b>Titolo modulo</b> 1. _____; 2. _____; 3. _____; .....	<b>Contenuti formativi</b> 1. _____; 2. _____; 3. _____; .....
<b>Durata ore modulo</b> 1. _____; 2. _____; 3. _____; .....	<b>Competenze da acquisire</b> 1. _____; 2. _____; 3. _____; .....
<b>FORMAZIONE TRASVERSALE</b>	
<b>Titolo modulo</b> 1. _____; 2. _____; 3. _____; .....	<b>Contenuti formativi</b> 1. _____; 2. _____; 3. _____; .....
<b>Durata ore modulo</b> 1. _____; 2. _____; 3. _____; .....	<b>Competenze da acquisire</b> 1. _____; 2. _____; 3. _____; .....
Verifiche di apprendimento/Esame finale	
Attestato di frequenza	
Certificazione delle competenze	

Il presente formulario si compone di n. \_\_\_\_\_ pagine.

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

Timbro e firma del Legale rappresentante

\_\_\_\_\_  
 (Allegare fotocopia del documento di riconoscimento)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA CERTIFICAZIONE  
DI OTTEMPERANZA ALLE NORME DI CUI ALLA LEGGE 68/1999**

(art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a ....., nella sua qualità di Legale Rappresentante dell'impresa ..... c.f./p.iva ....., domiciliato per la carica presso la Sede della medesima, in ..... alla Via ....., n. ....,

- ai sensi e per gli effetti dell'art. 17 della Legge 68/99, come modificata dall'art. 40, comma 5, del D.L. 112/08 del 25 giugno 2008, convertito in L. 133/08;
- consapevole della decadenza dai benefici prevista dall'art. 75, nonché delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci di cui al successivo art. 76, D.P.R. n. 445 del 28/12/2000,

**D I C H I A R A**

a) che l'impresa rappresentata, alla data odierna (barrare la casella di riferimento):

- RISULTA IN REGOLA con le norme di assunzione obbligatoria di cui alla Legge 68/1999
- RISULTA IN REGOLA per intervenuto concordato con il Centro per l'Impiego competente
- Non è soggetta all'obbligo di cui alla Legge 68/99 poiché il numero di occupati alla data odierna è inferiore a 15

b) di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

c) di accusare ricevuta dei propri diritti e dell'informativa, dovuti rispettivamente ai sensi e per gli effetti degli artt. 7 e 13 del D. Lgs. n. 196/2003.

Allegati: Documento di identità in corso di validità.

In fede.

Luogo ..... data .....

Il Dichiarante

---

La presente dichiarazione, con l'allegata fotocopia del documento di identità, non necessita dell'autenticazione della firma ed è esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

**RICHIESTA VIDIMAZIONE DEI REGISTRI**

**APPRENDISTATO PROFESSIONALIZZANTE**

Formazione Esterna degli Apprendisti D.G.R. \_\_\_\_\_

Organismo di formazione \_\_\_\_\_

Determinazione di approvazione voucher \_\_\_\_\_

Corso \_\_\_\_\_

Plico \_\_\_\_\_ Codice voucher \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di **(1)**

chiede la vidimazione del registro per l'attività di cui sopra.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_ il Sig. \_\_\_\_\_

in qualità di **(1)** \_\_\_\_\_ ha ritirato in nome e per conto dell'affidatario:

n° \_\_\_\_\_ registro/i di presenza allievi composto da n° \_\_\_\_\_ pagine, vidimato in ogni sua pagina.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del legale rappresentante

\_\_\_\_\_

**(1) Legale rappresentante/ Responsabile del corso/ Incaricato**

**COMUNICAZIONE INIZIO ATTIVITÀ**

**ORGANISMO FORMATIVO APPRENDISTATO  
PROFESSIONALIZZANTE**

Formazione Esterna degli Apprendisti D.G.R. \_\_\_\_\_

Corso	Codici corso	Plichi
Sede	Data inizio	Data Fine

Personale impegnato	(1)	Discipline FORMAZIONE DI BASE	Monte Ore

Personale impegnato	(1)	Discipline FORMAZIONE TRASVERSALE	Monte Ore

(1) indicare "I" Personale interno - "E" Personale esterno

**COMPOSIZIONE AULA**

N	APPRENDISTA	QUALIFICA	Codice Voucher	Formaz.ne		AZIENDA
				Base	Trasv.	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

**CALENDARIO DELLE LEZIONI****FORMAZIONE DI BASE**

<b>DATA</b>	<b>ORE</b>	<b>DISCIPLINA</b>	<b>DOCENTE</b>

**FORMAZIONE TRASVERSALE**

<b>DATA</b>	<b>ORE</b>	<b>DISCIPLINA</b>	<b>DOCENTE</b>

**FORMAZIONE DI BASE + FORMAZIONE TRASVERSALE = 40 ORE**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del legale rappresentante

\_\_\_\_\_

**FORMULARIO RICHIESTA LIQUIDAZIONE VOUCHER FORMATIVO  
APPRENDISTA**

Il sottoscritto (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_  
 in qualità di Legale rappresentante dell'Organismo formativo \_\_\_\_\_  
 con sede a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Dichiara**

che l'Apprendista (Cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
 assunto dall'Azienda \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ Via  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ con contratto di apprendistato stipulato in data \_\_\_\_\_, assegnatario  
 del voucher del valore di € 600,00, ha partecipato al corso di formazione trasversale e di base per ore n. \_\_\_\_\_.

Numero Codice corso		Organismo formativo gestore corso	
Titolo del corso		Sede corso	
Formazione esterna prevista:		Formazione esterna svolta:	Annualità
Data inizio corso	Data fine corso	Numero identificativo Voucher	Valore voucher € 600,00

Il Soggetto gestore, nella persona del legale rappresentante, ed il partecipante all'attività formativa, in virtù delle dichiarazioni rese, chiedono di avviare la procedure di liquidazione del voucher del valore sopra indicato e dichiarano, altresì:

- che per lo stesso intervento l'apprendista non ha beneficiato di altri finanziamenti pubblici;
- di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del decreto legislativo 196/2003, e successive modifiche ed integrazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere consapevoli delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

**CLAUSOLE DI EFFICACIA**

La frequenza all'intervento formativo deve essere registrata nel registro di classe del corso e deve raggiungere il **100%** del monte ore previsto, pena la revoca del voucher.

L'Organismo attuatore dovrà trasmettere, anche tramite fax, entro i precedenti 5 giorni, l'effettiva data di inizio dell'intervento formativo, unitamente alla documentazione di rito prevista nelle Direttive, al competente Servizio della Direzione Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali (P.A.L.F.I.P.S.).

L'Organismo attuatore, inoltre, dovrà inviare al competente Servizio della Direzione P.A.L.F.I.P.S., al termine dell'intervento formativo, la seguente documentazione:

- Modello "F" - formulario richiesta liquidazione voucher formativo apprendista (uno per ogni assegnatario di voucher)
- Modello "H" - consuntivo riepilogo presenze
- fattura, intestata alla Regione Abruzzo - Direzione Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali - Via Raffello, 137 - Pescara, contenente l'importo complessivo da liquidare, indicando nella causale: **il titolo, durata e codice identificativo del corso realizzato, i dati identificativi dei voucher assegnati e le informazioni bancarie per l'accredito.**

Data \_\_\_\_\_

Firma Assegnatario del voucher (Apprendista)

Firma Legale rappresentante Organismo formativo

(Allegare fotocopia del documento di riconoscimento)

(Allegare fotocopia del documento di riconoscimento)

**RIEPILOGO PRESENZE**

**ORGANISMO FORMATIVO**

**APPRENDISTATO PROFESSIONALIZZANTE**

Formazione Esterna degli Apprendisti D.G.R. \_\_\_\_\_

Corso	Codici corso	Plichi
Sede	Data inizio	Data Fine

Personale impegnato	(1)	Discipline	Monte Ore
	A)		
	B)		
	C)		
	D)		
	E)		
	F)		
	G)		
	H)		
	I)		
	L)		

(1) indicare "I" Personale interno - "E" Personale esterno

**COMPOSIZIONE AULA**

N	Apprendista	Qualifica	Cod. Voucher	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	Tot ore	Azienda
				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		

(\*) Indicare le ore per ogni disciplina

Data \_\_\_\_\_

Firma Legale rappresentante Organismo formativo

**PIANO FORMATIVO INDIVIDUALE**

**Apprendistato Professionalizzante o di Mestiere (D.Lgs.167/2011)**

*(Il presente modello di Piano formativo individuale è stato elaborato sulla base delle indicazioni contenute nel D.Lgs.167/2011 e nella normativa regionale di riferimento. Si fa presente che l'utilizzo dello specifico modello non è obbligatorio e che le informazioni richieste possono essere modificate e /o integrate con quanto previsto dal contratto collettivo e/o accordo interconfederale di riferimento)*

PFI relativo all'assunzione, in qualità di apprendista, del Sig.re/ra: \_\_\_\_\_

**1. DATI AZIENDA**

Ragione sociale \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale/P.IVA \_\_\_\_\_  
 Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_  
 Indirizzo dell'unità operativa interessata \_\_\_\_\_  
 Telefono/Fax/E-Mail \_\_\_\_\_  
 Legale rappresentante \_\_\_\_\_

**2. DATI APPRENDISTA**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_  
 Residenza/Domicilio \_\_\_\_\_  
 Cittadinanza \_\_\_\_\_  
 Telefono/Fax/E-Mail \_\_\_\_\_

**3. DATI RELATIVI ALLE ESPERIENZE FORMATIVE E DI LAVORO**

Titolo di studio posseduto \_\_\_\_\_  
 Eventuali esperienze lavorative \_\_\_\_\_  
 Eventuali periodi di apprendistato svolti dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Formazione extra-scolastica compresa quella svolta in apprendistato \_\_\_\_\_  
 Eventuale possesso di una qualifica professionale \_\_\_\_\_

**4. DATI CONTRATTUALI**

Data di assunzione \_\_\_\_\_  
 CCNL applicato \_\_\_\_\_  
 Durata del periodo di formazione/apprendistato \_\_\_\_\_  
 Qualifica contrattuale da conseguire \_\_\_\_\_  
 Modalità di lavoro  Full time  Part time (N.ore/settimana \_\_\_\_\_)



**7. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLA FORMAZIONE**

*Le modalità di erogazione della formazione sono le seguenti (ad esempio formazione d'aula, formazione on the job/sul lavoro, formazione a distanza, simulazioni, esercitazioni, ecc.):*

--

Luogo e data

Timbro e Firma del datore di lavoro

Firma dell'apprendista