



POR FSE ABRUZZO 2014-2020

OBBIETTIVO “INVESTIMENTI A FAVORE DELLA CRESCITA E DELL'OCCUPAZIONE”

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE DELL'ATTIVITA' FORMATIVA
E COMUNICAZIONE AVVIO ATTIVITA'**

Piano Operativo 2017-2018-2019

Asse _I_ Obiettivo tematico _8_ Priorità di investimento _8.v_ Obiettivo specifico _8.6_

Tipologia di Azione 8.6.1

Azione: Azioni integrate di politiche attive e politiche passive, tra cui azioni di riqualificazioni e di outplacement dei lavoratori coinvolti in situazioni di crisi collegate a piani di riconversione e ristrutturazione aziendale

Avviso: Rafforzamento Competenze Linguistiche dei lavoratori coinvolti in situazioni di crisi

Soggetto attuatore:

Progetto Formativo:

Sede di svolgimento:

Costo dell'intervento €.....

Ufficio: Affari generali-DPG

ANAGRAFICA DELL'INTERVENTO

Denominazione Soggetto Attuatore	
Natura giuridica del Soggetto Attuatore (Impresa privata, OdF accreditato, Scuola, etc.)	
Sede legale del Soggetto Attuatore – indirizzo	
Sede operativa del Soggetto Attuatore - indirizzo	
Rappresentante legale del Soggetto Attuatore	
Responsabile del progetto (Nominativo e recapiti telefonici e di posta elettronica/PEC)	
Tutor dell'attività del Soggetto Attuatore	
Comune di svolgimento dell'attività	
Provincia di svolgimento dell'attività	
Indirizzo di svolgimento dell'attività	
Data di avvio dell'attività	
Data di conclusione prevista dell'attività	
Ore complessive dell'attività	
Tipologia di corso (lingua)	
Certificazione da conseguire	
N. allievi/partecipanti iscritti	
N. allievi iscritti/partecipanti iscritti maschi	
N. allievi iscritti/partecipanti iscritti femmine	

ARTICOLAZIONE OPERATIVA DELL'INTERVENTO

Descrivere sinteticamente l'articolazione operativa delle attività (in riferimento ad obiettivi, metodologia, cicli e moduli) Allegare programma didattico indicando i docenti e distinguendo tra teoria e eventuali prove pratiche.

PERSONALE IMPEGNATO

RISORSE INTERNE					
N°	Tipologia risorse (Tutor, Coordinatore, Docente fascia A o B, Amministrativo)	Nominativo	Rapporto di lavoro (T.I./T.D.)*	Materia insegnata/mansione	Durata incarico (ore)

RISORSE ESTERNE						
N°	Tipologia risorse (Tutor, Coordinatore, Docente fascia A o B, Amministrativo)	Nominativo	Rapporto di lavoro (C.O.)*	Materia insegnata/mansione	Durata incarico (ore)	Compenso orario

*T.I.: contratto a Tempo Indeterminato – T.D.: contratto a Tempo Determinato – C.O.: contratto di collaborazione occasionale

Il sottoscritto dichiara che nella realizzazione del corso cod. verranno utilizzate esclusivamente le risorse sopra elencate ed attesta, sotto la propria personale responsabilità, che le stesse sono in possesso di capacità e competenze adeguate all'espletamento dell'incarico loro affidato come indicato nell'avviso pubblico e si riserva di inviare i relativi curricula unitamente alla richiesta di rimborso. Il sottoscritto si impegna altresì a comunicare immediatamente alla Regione ogni variazione al presente elenco.

ELENCO PARTECIPANTI						
NOME	COGNOME	DATA DI NASCITA	COMUNE DI RESIDENZA	DATORE DI LAVORO (AZIENDA)	SEDE OPERATIVA AZIENDA	PERIODO DI CIGS

Alla presente si allegano i seguenti documenti obbligatori:

1. Schema di calcolo della sovvenzione(MOD. B);
2. Documento di identità del Responsabile del progetto.

La presente comunicazione si compone di n. Pagine

Il presente allegato deve essere predisposto in formato PDF e sottoscritto con firma digitale del legale rappresentante del soggetto attuatore candidato
Firmato digitalmente