

REGIONE
ABRUZZO



REGIONE ABRUZZO

Dipartimento Sociale Enti Locali Cultura

Servizio

Istruzione Università

Ufficio

Istruzione e Formazione Tecnica Superiore

AVVISO PUBBLICO PER L'AUTORIZZAZIONE DI PERCORSI IFTS IN ASSENZA DI FINANZIAMENTO PUBBLICO

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E FORMULARIO PER LA PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

TITOLO:

**SEZIONE A
DATI DI SINTESI**

Legale rappresentante del soggetto capofila dell'ATS (costituita o costituenda)		
Coordinatore/Responsabile del progetto		
Referente per i rapporti con la Regione		
Specializzazione IFTS nazionale di riferimento		
Profilo declinato a livello territoriale		
Area Economico-Professionale di riferimento		

Codice professionale ISTAT						
Codice ATECO						
Sede/i di attuazione						
Numero previsto di destinatari						
Spesa totale prevista						
Monte ore complessivo dell'intervento						
di cui:						
Formazione in aula <i>specificare n. ore se il percorso è attivato in modalità ordinaria o se in duale (tramite contratto di apprendistato I livello)</i>	Laboratorio (se previsto) <i>specificare n. ore</i>	Tirocinio curricolare <i>specificare n. ore di formazione pratica presso soggetto ospitante</i>	Apprendistato <i>specificare n. ore di formazione interna e ore lavoro presso datore di lavoro</i>	Misure di supporto <i>specificare n. ore</i>	Azioni di accompagnamento al lavoro <i>specificare n. ore</i>	Autoformazione assistita e/o FAD (se prevista) <i>specificare n. ore</i>
Date previste di avvio e di conclusione dell'intervento complessivo			Avvio:		Conclusione:	

SEZIONE B – DATI RELATIVI ALL’ATS
(riprodurre le singole schede in caso di più componenti di ciascuna tipologia)

COMPOSIZIONE ATS (cfr. Avviso, art. 3)	
Componenti	Denominazione e ruolo (specificare se mandatario o mandante)
B.1. Organismo di Formazione	
B.2. Istituzione scolastica autonoma (statale o paritaria)	
B.3. Università o Dipartimento universitario o Ente pubblico di ricerca	
B.4. Impresa o Associazione d'impresa, anche in forma consortile	

ORGANISMO DI FORMAZIONE CON SEDE OPERATIVA NEL TERRITORIO REGIONALE E ACCREDITATA ¹ , AI SENSI DELLA NORMATIVA REGIONALE VIGENTE PER LA MACROTIPOLOGIA "FORMAZIONE SUPERIORE"	
Denominazione	
Indirizzo sede legale	
Telefono e Fax	
Posta elettronica e PEC	
Codice Fiscale/ Partita IVA	
Rappresentante legale	
Stato di accreditamento	<input type="radio"/> Sede operativa accreditata: <input type="radio"/> In fase di accreditamento, a seguito di presentazione di apposita istanza prot. n. del
Punteggio Accreditamento come da elenco ufficiale pubblicato sul sito regionale	_____/100

ISTITUZIONE SCOLASTICA AUTONOMA (STATALE O PARITARIA) DEL II CICLO D'ISTRUZIONE, CON SEDE LEGALE NEL TERRITORIO REGIONALE	
Denominazione	
Indirizzo sede legale	
Telefono e Fax	
Posta elettronica	
Codice Fiscale /Partita IVA	
Rappresentante legale	

UNIVERSITÀ O DIPARTIMENTO UNIVERSITARIO O ENTE PUBBLICO DI RICERCA, AVENTE SEDE LEGALE NEL TERRITORIO REGIONALE	
Denominazione	
Indirizzo sede legale	
Telefono e Fax	
Posta elettronica	
Codice Fiscale/ Partita IVA	
Rappresentante legale	

IMPRESA O ASSOCIAZIONE D'IMPRESA, ANCHE IN FORMA CONSORTILE, CON SEDE LEGALE O OPERATIVA NEL TERRITORIO REGIONALE	
Denominazione	
Indirizzo sede legale	

¹ Il requisito dell'accREDITAMENTO deve essere posseduto al momento dell'eventuale atto di autorizzazione regionale del percorso IFTS.

Telefono e Fax	
Posta elettronica	
Codice Fiscale/Partita IVA	
Natura giuridica	
Rappresentante legale	

SEZIONE C – PROPOSTA PROGETTUALE

C.1 PROFILO DELLA SPECIALIZZAZIONE IFTS NAZIONALE DI RIFERIMENTO, COME DECLINATO A LIVELLO TERRITORIALE, IN RELAZIONE AL CONTESTO (Fabbisogni formativi e di professionalità del settore/territorio oggetto di intervento espressi in termini di dati occupazionali rispetto all’area economico-professionale e al territorio di riferimento anche sulla base del *trend* degli ultimi 3 anni)

C.2 – PERCORSO IN MODALITA’ ORDINAMENTALE ORDINARIA (Art. 2 Avviso)

SI	NO
----	----

C.3 – PERCORSO IN MODALITÀ DUALE TRAMITE CONTRATTO DI APPRENDISTATO DI I LIVELLO (ART. 2 AVVISO)

SI	NO
----	----

C.4 - AZIONI DI SOSTEGNO ALLA FREQUENZA DEL PERCORSO FORMATIVO (MISURE DI SUPPORTO EX ART. 4, CO. 2, LETT. "F" DEL D.P.C.M. 25.1.2008)

Descrivere le azioni che si intendono mettere in campo per sostenere, favorire, incentivare la frequenza al percorso formativo (max 2 cartelle)

C.5 - AZIONI DI ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO, SCOUTING E INTERMEDIAZIONE ANCHE ATTRAVERSO SOGGETTI ACCREDITATI AL LAVORO

Descrivere le azioni che si intendono mettere in campo, anche in partnership con operatori accreditati al lavoro, ApL, Cpl per favorire l’inserimento in azienda dei destinatari (max 2 cartelle)

C.6 – REQUISITI DI ACCESSO, CRITERI E MODALITÀ DI SELEZIONE DEI DESTINATARI (max 2 cartelle)

--

C.7 - PERCORSO FORMATIVO, ARTICOLATO IN MODULI E UNITÀ CAPITALIZZABILI (max 4 cartelle)

--

C.8 - TIROCINIO FORMATIVO O APPRENDISTATO

(DESCRIVERE, TENENDO CONTO - A SECONDA DELLA TIPOLOGIA DI PERCORSO SCELTA – DI QUANTO PREVISTO DALL’ARTICOLO 2 DELL’AVVISO NELLE RISPETTIVE VOCI “PERCORSI IN MODALITÀ ORDINAMENTALE ORDINARIA” E “PERCORSI IN MODALITÀ DUALE (ATTRAVERSO CONTRATTO DI APPRENDISTATO DI I LIVELLO)”, l’articolazione, la sede, le modalità organizzative, anche innovative/sperimentali, del modello di apprendimento duale) (max 5 cartelle)

C.9.I - COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI

(come riportate nella Tabella dell’Avviso e definite dall’Allegato D al Decreto MIUR 7.2.2013 n. 91 nonché descritte secondo indicazioni coerenti con l’Allegato A.1, mediante l’utilizzo del format di cui all’Allegato A.2 al medesimo cennato Decreto)

--

C. 9.II - COMPETENZE COMUNI

(come definite nell’Allegato E al Decreto MIUR 7.2.2013, integrato dall’Allegato A dell’Accordo Governo-Regioni-Province autonome Rep. atti n. 11/CSR del 20.01.2016 e descritte secondo indicazioni coerenti con l’Allegato A.1 al Decreto MIUR 7. 2.2013, mediante l’utilizzo del format di cui all’Allegato A.2 al medesimo Decreto MIUR 7.2.2013)

--

C.10 – ESPERIENZA, QUALIFICAZIONE E TITOLI DELLE PROFESSIONALITÀ PROPOSTE PER L’IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO (i curricula vitae devono essere allegati al formulario e inviati come indicato all’articolo 6 dell’Avviso)

Risorse professionali	Titoli e Qualifiche	Esperienza professionale e d’impresa	Correlazione tra i moduli e unità capitalizzabili del percorso formativo e il docente (indicare quale modulo/i e unità sono assegnati al docente) <u>(tale specifica non deve essere fatta per i tutor)</u>
1. <i>Esempio:</i> Docente competenze tecnico professionali			
2. <i>Esempio:</i> docente competenze comuni			
3. <i>Esempio:</i> Tutor			

4. ecc.			
---------	--	--	--

C.11 - VERIFICA FINALE (max 2 cartelle)

C.12 – CERTIFICAZIONE E RICONOSCIMENTO DEI CREDITI FORMATIVI (eventuali specificazioni ex art. 5, c. 3 lettera "c" e c. 5 del D.P.C.M. 25.1.2008, in aggiunta alla dichiarazione Allegato A.V come indicato nell'Avviso) (max 2 cartelle)

C.13 - SISTEMA DI MONITORAGGIO E DI VALUTAZIONE (max 2 cartelle)

Luogo e data _____

(firma digitale)

N.B. In caso di ATS costituita, il presente documento deve essere sottoscritto con firma digitale dal legale rappresentante del soggetto capofila/mandatario.
In caso di ATS costituenda, il presente documento deve essere sottoscritto con firma digitale dai legali rappresentanti di ogni componente l'ATS.