**FORMULARIO DI PRESENTAZIONE**

**PIANI FORMATIVI**

**AVVISO 09/2015**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data di presentazione Formulario (a cura del Fondo)** |  |
| **Codice identificativo del Formulario (a cura del Fondo)** |  |

**SEZIONE A – INFORMAZIONI SUL SOGGETTO PROPONENTE ED ATTUATORE**

**A1 – Denominazione e tipologia del Piano Formativo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominazione del Piano Formativo** |  |
| **Acronimo del Piano Formativo** |  |
| **Tipologia di Piano Formativo** | □ Piano Aziendale o Interaziendale |
| □ Settoriale |
| □ Territoriale |

**A2 – Soggetto Proponente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ragione Sociale** |  | |
| **Sede legale (Via, cap, Città, Prov)** |  | |
| **Codice Fiscale** |  | |
| **Legale Rappresentante (nome e cognome)** |  | |
| **Soggetto Proponente** |  | Impresa Beneficiaria (o ATI / ATS di imprese beneficiarie) |
|  | Ente di formazione accreditata dalla Regione Valle d’Aosta |
|  | Associazione Territoriale Rappresentativa |
| **SP capofila di ATS costituita/costituenda per la realizzazione del Piano?** |  | SI |
|  | NO |
| **Altri soggetti in ATS (se costituita/costituenda):** | Soggetto 1: ------------------------------------------------------ Soggetto 2: ------------------------------------------------------ Soggetto 3: ------------------------------------------------------ | |
| **Indicare, laddove applicabili, gli estremi del provvedimento di accreditamento/ certificazione del Soggetto Proponente** |  | |

**A3 – Soggetto Attuatore**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ragione Sociale** |  | |
| **Sede legale (Via, cap, Città, Prov)** |  | |
| **Codice Fiscale** |  | |
| **Legale Rappresentante (nome e cognome)** |  | |
| **Soggetto Attuatore** |  | Ente di formazione / Agenzia formativa |
| **Indicare gli estremi del provvedimento di accreditamento presso la Regione Valle d’Aosta** |  | |
| **Presenza di attività in delega** | Si No | |

**A4 – Indicazione del Referente del Piano Formativo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Referente del Piano Formativo**  **(nome e cognome)** |  |
| **Riferimenti telefonici** |  |
| **Email** |  |

**SEZIONE B – INFORMAZIONI DESCRITTIVE DEL PIANO FORMATIVO**

**B1 – Descrizione sintetica del Piano Formativo proposto**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Finalità del Piano Formativo (possibili risposte multiple)** | |  | | competitività d’impresa/innovazione | |
|  | | competitività settoriale | |
|  | | delocalizzazione/internazionalizzazione | |
|  | | formazione obbligatoria | |
|  | | formazione in ingresso | |
|  | | mantenimento occupazione | |
|  | | manutenzione/aggiornamento competenze | |
|  | | mobilità esterna, outplacement, ricollocazione | |
|  | | sviluppo locale | |
| **Indicare la/le Regione/i coinvolte nelle attività del Piano** | |  | |
| **IMPORTANTE Motivazioni e presupposti del Piano Formativo (analisi del contesto in cui operano le aziende coinvolte/in coinvolgimento nel piano, motivazioni e fabbisogni specifici a supporto della proposta di intervento, ecc…; segnalare ruolo e funzioni di eventuali altri Enti pubblici e/o privati coinvolti nel Piano, ecc...)** | |  | | | |
| **IMPORTANTE Dettagli relativi all’attività in delega se presente (motivazione della delega; indicazione azienda/e delegate; indicazione attività delegate)** | |  | | | |

**B2 – Riconducibilità del Piano Formativo proposto alle Tematiche di Intervento Prioritarie del Fondo FonArCom formalizzate nel POA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicare a quale ambito tematico fa riferimento il Piano Formativo proposto (vedi POA FonARCom)** |  | Tematica 1 – (Sicurezza Prevenzione) |
|  | Tematica 2 – (Adeguamento competenze/Innovazione) |
|  | Tematica 3 – (Internazionalizzazione) |
| **IMPORTANTE Note a supporto della coerenza fra gli obiettivi del Piano Formativo e gli indirizzi generali del Fondo** |  | |

**B3 – Indicazione dei settori di attività interessati dal Piano Formativo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicare i settori produttivi di appartenenza delle Aziende coinvolte nelle attività progettuali (possibili più risposte)** |  | A | AGRICOLTURA, CACCIA E SILVICOLTURA |
|  | B | PESCA, PISCICOLTURA E SERVIZI CONNESSI |
|  | C | ESTRAZIONE DI MINERALI |
|  | D | ATTIVITÀ MANIFATTURIERE |
|  | E | PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DI ENERGIA ELETTRICA, GAS E ACQUA |
|  | F | COSTRUZIONI |
|  | G | COMMERCIO ALL’INGROSSO E AL DETTAGLIO; RIPARAZIONE DI AUTOVEICOLI, MOTOCICLI E DI BENI PERSONALI E PER LA CASA |
|  | H | ALBERGHI E RISTORANTI |
|  | I | TRASPORTI, MAGAZZINAGGIO E COMUNICAZIONI |
|  | J | ATTIVITÀ FINANZIARIE |
|  | K | ATTIVITÀ IMMOBILIARI, NOLEGGIO, INFORMATICA, RICERCA, SERVIZI ALLE IMPRESE |
|  | L | AMMINISTRAZIONE PUBBLICA |
|  | M | ISTRUZIONE |
|  | N | SANITÀ E ASSISTENZA SOCIALE |
|  | O | ALTRI SERVIZI PUBBLICI, SOCIALI E PERSONALI |
|  | P | ATTIVITÀ SVOLTE DA FAMIGLIE E CONVIVENZE |
|  | Q | ORGANIZZAZIONI ED ORGANISMI EXTRATERRITORIALI |

**B4 – Stima della dimensione prevalente di Azienda/e coinvolta/e nel Piano Formativo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicare la dimensione di impresa prevalente che si prevede di coinvolgere nel Piano Formativo (cfr. parametri dimensionali ex D.M. Attività Produttive del 18.04.2005)** |  | Microimpresa | |
|  | Piccola Impresa | |
|  | Media Impresa | |
|  | Grande Impresa | |
| **Stima numero imprese coinvolte nella promozione delle attività del Piano (numero indicativo di aziende che verranno informate circa l’opportunità di avvalersi dell’attività formativa proposta)** | | |  |
| **Stima numero imprese coinvolte nel Piano (ovvero Beneficiarie delle attività formative proposte)** | | |  |

**B5 – Individuazione dei Soggetti destinatari del Piano Formativo**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Destinatari attività** | **Tipologia lavoratore dipendente** | | | | **Numero** |
| Operai | | | |  |
| Impiegati | | | |  |
| Quadri | | | |  |
| Apprendisti | | | |  |
| Collaboratori a progetto | | | |  |
| Lavoratori in Cig | | | |  |
| Dirigenti | | | |  |
| Imprenditori o coadiuvanti familiari | | | |  |
| Collaboratori Co.Co.Co. | | | |  |
| **TOTALE COMPLESSIVO DESTINATARI** | | | |  |
| **Presenza di Uditori** | | Si | No |

**B6 – Individuazione delle Aziende beneficiarie del Piano Formativo (inserire tanti riquadri quante sono le Aziende coinvolte nel Piano Formativo)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominazione azienda** |  |
| **Numero matricola INPS** |  |
| **Numero complessivo addetti/lavoratori dell’azienda** |  |
| **Dimensione Azienda** | □ Micro Impresa □ Piccola Impresa  □ Media Impresa □ Grande Impresa |
| **Regime Aiuti** | □ Regimi UE “De Minimis” |
| □ Regolamento UE 651/14 |
| **Status di adesione al Fondo** | □ Azienda aderente al Fondo |

**B7 – Tempistica di realizzazione del Piano Formativo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Durata complessiva del piano formativo (indicare numero mesi)** |  |

**SEZIONE C – ELEMENTI DESCRITTIVI DEL PROGETTO FORMATIVO**

**(nel caso di più Progetti/Interventi Formativi riferiti allo stesso Piano, ripetere la sez. C)**

**C1 – Elementi e struttura del Progetto Formativo**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione del singolo Progetto/Intervento Formativo** |  | | | |
| **Ore Singola Edizione** |  | | | |
| **Numero Edizioni** |  | | | |
| **Totale Ore Progetto (ore singola Ed. x N. Ed.)** |  | | | |
| **Totale Partecipanti** |  | | | |
| **OFA COMPLESSIVE = <Numero partecipanti Tot.> x < ore singola edizione>** |  | | | |
|  |  | |  |
| **Modalità formativa/e prevista/e (selezionare le/modalità previste, ed indicare il numero di ore)** | **Modalità formativa/e prevista/e nella singola edizione** | | **Nr. ore singola edizione** |
|  | Aula – A1 | Una sola opzione |
|  | Aula Sicurezza – A2 |
|  | One to One – A3 |  |
|  | Training on the job - TJ | Modalità non combinabile |
|  | Convegni - CV |  |
|  | FAD/Autoapprendimento – F1 | Una sola opzione |
|  | FAD/Autoapprendimento Sicurezza –F2 |
| **TOTALE ORE PROGETTO** | |  |
|  |
| **Modalità di attestazione/certificazione degli esiti formativi (possibile risposta** **multipla)** |  | Attestato di frequenza/certificazione | | |
|  | Dispositivo di certificazione regionale | | |
|  | Acquisizione di titoli riconosciuti (es: patentini) | | |
|  | Certificazioni standard in materia di informatica e lingue straniere | | |
|  | Acquisizione crediti ECM o altri crediti previsti da Ordini Professionali | | |
|  | Altre certificazioni di competenze | | |
|  |  |  | | |
| **Tipologia di Progetto** |  | Standard (solo formazione) | | |
|  | Integrato con attività di orientamento | | |
|  | Integrato con attività di bilancio delle competenze | | |
|  | Integrato con attività di accompagnamento alla mobilità/outplacement/ricollocazione | | |
|  | Integrato con attività di sostegno per particolari tipologie di utenza | | |
|  |  |  | | |
| **Tematica formativa del Progetto e durata di ogni modulo (ore previste, per ogni tematica, in ogni edizione corsuale)** | **ORE** | **TEMATICA FORMATIVA** | | |
|  | Lingue straniere, italiano per stranieri | | |
|  | Vendita, marketing | | |
|  | Contabilità, finanza | | |
|  | Gestione aziendale (risorse umane, qualità, ecc) e amministrazione | | |
|  | Lavoro d'ufficio e di segreteria | | |
|  | Sviluppo delle abilità personali | | |
|  | Conoscenza del contesto lavorativo | | |
|  | Informatica | | |
|  | Tecniche e tecnologie di produzione della manifattura e delle costruzioni | | |
|  | Tecniche e tecnologie di produzione dell'agricoltura, della zootecnia e della pesca | | |
|  | Tecniche, tecnologie e metodologie per l'erogazione di servizi sanitari e sociali | | |
|  | Salvaguardia ambientale | | |
|  | Salute e sicurezza sul lavoro | | |
|  | Tecniche, tecnologie e metodologie per l'erogazione di servizi economici | | |
|  | |  | | |
| **Competenze traguardate in uscita (es: <sa comunicare efficacemente in lingua inglese> e/o <sa gestire le procedure in modo aggiornato rispetto alla normativa di riferimento>, ecc...)** | | Sa…  Sa…  Sa…  Sa…  Sa…… | | |
| **IMPORTANTE Corretta articolazione e struttura del Progetto/Intervento Formativo: integrazione obiettivi/strumenti, dettaglio della didattica e metodologie, certificazione/ attestazione delle competenze/replicabilità** | |  | | |
| **IMPORTANTE tecnologie e risorse organizzative coinvolte nella gestione del percorso formativo** | |  | | |
| **Metodologie di monitoraggio e Valutazione** | |  | | |
| **In caso di azione formativa finalizzata al ricollocamento del lavoratore descriverne gli obiettivi** | |  | | |

**C2 – Ambito territoriale di intervento**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicare la/le Province in cui si prevede di svolgere le attività formative proposte** |  |

**C3 – Collocazione temporale delle attività formative**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicare la collocazione temporale in cui verrà svolta la formazione prevista dal singolo progetto** |  | Durante l’orario di lavoro |
|  | Al di fuori dell’orario di lavoro |
|  | Mista (durante e fuori orario di lavoro) |
|  | Nei periodi di sospensione temporanea dell’attività lavorativa |

**SEZIONE D – PREVENTIVO FINANZIARIO E RIEPILOGO DEI COSTI COMPLESSIVI DEL PIANO E DEL/DEI PROGETTI**

**D1 – Preventivo finanziario del/i Progetto/i e complessivo del Piano**

**N.B. COMPILAZIONE AUTOMATICA DEL SISTEMA FARC (Tranne l’indicazione del contributo proprio)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ORE** | | | | **OFA** | |  |
| **Progetto/i Formativi del piano** | **A1** | **A2** | **TJ** | **CV** | **F1** | **F2** | **Costo Complessivo** |
| **P01** |  |  |  |  |  |  | € |
| **P02** |  |  |  |  |  |  | € |
| **P03** |  |  |  |  |  |  | € |
| **P05** |  |  |  |  |  |  | € |
| **….P..** |  |  |  |  |  |  | € |
| **Tot. Ore/OFA per modalità** |  |  |  |  |  |  | **€** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COSTO DELLA FORMAZIONE** | **UCS** | **Totale Ore / OFA per modalità** | **Valorizzazione (UCS x Ore od OFA)** |
| **Ore Aula – A1 – minimo 6 discenti rendicontabili** | 200,00 € | **N. Ore:** | **€** |
| **Ore Aula Sicurezza – A2 – minimo 6 discenti rendicontabili** | 160,00 € | **N. Ore:** | **€** |
| **Ore One to One – A3** | 100,00 € | **N. Ore:** | **€** |
| **Ore Training on the Job – TJ – minimo 4 discenti rendicontabili** | 160,00 € | **N. Ore:** | **€** |
| **Ore Convegni – CV – minimo 25 discenti rendicontabili** | 250,00 € | **N. Ore:** | **€** |
| **OFA Fad/Autoapp. - F1** | 18,00 € | **N. OFA:** | **€** |
| **OFA Fad/Autoapp. Sicurezza – F2** | 15,00 € | **N. OFA:** | **€** |
| **TOTALE CONTRIBUTO FonARCom** | | | **€** |
| **Cofinanziamento privato (obbligo solo con opzione Reg. UE 651/14)** | | | **€** |
| **TOTALE COSTI del PIANO FORMATIVO (100%)** | | | **€** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMERO ORE COMPLESSIVE PIANO FORMATIVO (somma ORE dei singoli Progetti Formativi)** | Nr. |
| **NUMERO OFA COMPLESSIVE PIANO FORMATIVO (somma OFA dei singoli Progetti Formativi)** | Nr. |
| **NUMERO ALLIEVI COMPLESSIVI PIANO FORMATIVO**  **(somma discenti dei singoli Progetti Formativi)** | Nr. |

**D2 – Contributo richiesto a FonARCom a copertura dei costi del Piano Formativo (Costo del Piano dedotta la quota di cofinanziamento a carico del/dei Beneficiari)**

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTRIBUTO FONARCOM A VALERE SULLE DISPONIBILITÁ ECONOMICHE DELL’AVVISO 09/2015** | **€** |

**Dichiarazione di Autenticità delle informazioni contenute nel presente Formulario**

Il / la sottoscritto / a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato / a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_\_\_

in qualità di Rappresentante Legale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Soggetto Proponente)

con Sede Legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Partita Iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Dichiara**

1. che le informazioni contenute nel presente Formulario e nella eventuale documentazione ad esso allegata corrispondono al vero
2. che la proposta formativa e la relativa richiesta di contributo è stata formulata nel rispetto di tutti i limiti previsti dall’Avviso 09/2015

Il Formulario consta di pagine \_\_\_\_\_\_, debitamente siglate in originale.

Il gg/mm/anno

Timbro e Firma

*Si allega copia fotostatica del documento d'identità valido del Legale Rappresentante.*