**AVVISO 3/24 – CTS**

**AZIENDALE**

1. **DATI PIANO**
   1. TITOLO DEL PIANO *(compilazione manuale)*
   2. TIPOLOGIA DEL PIANO *(compilazione manuale)*

* Aziendale
  1. TIPOLOGIA PRESENTATORE *(compilazione manuale)*
* Datore di lavoro
* Consorzio di imprese
* Gruppo di imprese
* Soggetti iscritti nell’elenco degli organismi di formazione accreditati in una delle Regioni Italiane per la formazione continua *(la Regione presso la quale il soggetto è accreditato deve coincidere con la Regione coinvolta nel Piano formativo presentato)*
* Soggetti in possesso della Certificazione di qualità in base alla norma UNI EN ISO 9001:2015 Settore EA37
* ATI/ATS costituite al massimo tra un Ente in possesso della Certificazione di qualità ed un Ente in possesso di accreditamento regionale *(purché l’accreditamento coincida con la Regione coinvolta nel Piano)*
* Consorzi già costituiti tra Enti formativi in possesso di accreditamento regionale *(purché tali accreditamenti afferiscano a tutte le Regioni coinvolte nel Piano)*
  1. FINALITÀ DEL PIANO *(compilazione manuale, scelta multipla)*
* Promozione della qualità del servizio e alla soddisfazione del cliente
* Adeguamento e alla riconversione delle competenze professionali
* Promozione delle pari opportunità
* Riqualificazione professionale
* Aggiornamento continuo
  1. PRIORITA’ *(compilazione manuale, scelta multipla)*
* **Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura** *(obiettivo del PNRR è sostenere l’innovazione del sistema produttivo e investire in due settori chiave per l’Italia, turismo e cultura)*
* **Rivoluzione verde e transizione ecologica** *(obiettivo del PNRR è migliorare la sostenibilità e la resilienza del sistema economico e assicurare una transizione ambientale equa e inclusiva)*
* **Inclusione e coesione** *(obiettivo del PNRR è facilitare la partecipazione al mercato del lavoro, anche attraverso la formazione, rafforzare le politiche attive del lavoro e favorire l’inclusione sociale)*
* **Environmental, Social e Governance** *(sostenere le azioni finalizzate alla sostenibilità, alla tutela ambientale, alla responsabilità sociale e alla governance di un’impresa o di una organizzazione)*
* **Giubileo 2025, Olimpiadi e Paralimpiadi 2026** – *(sostenere azioni formative qualificanti e strategiche promosse dalle imprese nei singoli territori, con la finalità di contribuire al miglioramento dei livelli di accoglienza e dei servizi su tutto il territorio nazionale, che potrà anche indirettamente beneficiare di questi due grandi eventi)*
  1. TERRITORIO COINVOLTO *(**compilazione manuale, scelta singola fatto salvo se sono presenti più unità produttive presenti in altre regioni queste, se coinvolte nella formazione, devono essere indicate)*
* Abruzzo
* Basilicata
* Calabria
* Campania
* Emilia-Romagna
* Friuli-Venezia Giulia
* Lazio
* Liguria
* Lombardia
* Marche
* Molise
* Piemonte
* Puglia
* Sardegna
* Sicilia
* Toscana
* Trentino-Alto Adige
* Umbria
* Valle D'Aosta
* Veneto
  1. TOTALE DIPENDENTI *(compilazione automatica dalla sezione delle beneficiarie)*
  2. NUMERO TOTALE DIPENDENTI IN FORMAZIONE PREVISTI *(compilazione automatica dalla sezione delle beneficiarie)*
  3. MONTE ORE DI FORMAZIONE/DIDATTICA PREVISTE *(compilazione automatica dalla sezione progetto)*
  4. MONTE ORE FORMAZIONE/ALLIEVO PREVISTE *(compilazione automatica dalla sezione moduli)*
  5. PERCENTUALE DELLE ORE DI FORMAZIONE INTERATTIVA SUL TOTALE DELLE ORE DI FORMAZIONE PREVISTE *(compilazione automatica dalla sezione progetti)*
  6. PERCENTUALE MASSIMA DI FORMAZIONE OBBLIGATORIA EX D.lgs. 81/2008 PER LE SOLE AZIENDE IN DE MINIMIS *(dalla sezione progetti, calcolata sul punto 1.9 – nel caso di Piani presentati da Gruppi e/o Consorzi il calcolo viene effettuato considerando le ore sviluppate dalle sole beneficiarie in De Minimis)*
  7. NUMERO PROGETTI DEL PIANO *(compilazione automatica dalla sezione progetto)*
  8. NUMERO MODULI DEL PIANO *(compilazione automatica dalla sezione moduli)*
  9. DURATA DEL PIANO IN MESI *(compilazione manuale)*
  10. OBIETTIVI SPECIFICI *(compilazione manuale max n° 6.000 caratteri, esclusi spazi)*
  11. DESCRIZIONE DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO *(compilazione manuale max n° 5.000 caratteri, esclusi spazi)*
  12. METODOLOGIA APPLICATA ALL’ANALISI DEI FABBISOGNI FORMATIVI *(compilazione manuale max n° 7.000 caratteri, esclusi spazi)*
  13. DESCRIZIONE DEL PROCESSO DI IVC DELLE COMPETENZE APPLICATO *(compilazione manuale max n° 8.000 caratteri, esclusi spazi)*
  14. IMPATTO PREVISTO SULLE PERFORMANCE AZIENDALI *(compilazione manuale max n° 5.000 caratteri, esclusi spazi)*
  15. DESCRIZIONE DELL'IMPIANTO DIDATTICO COMPLESSIVO CON IL DETTAGLIO DELLE ATTIVITA’ PREVISTE (PROPEDEUTICHE, FORMATIVE E TRASVERSALI) DELLE METODOLOGIE FORMATIVE APPLICATE E DEGLI STRUMENTI UTILIZZATI *(compilazione manuale max n° 8.000 caratteri, esclusi spazi)*
  16. ELEMENTI DI INNOVATIVITA’ DEL PIANO *(compilazione manuale max n° 5.000 caratteri, esclusi spazi)*
  17. ASSISTENZA TECNICA DEGLI ENTI BILATERALI *(compilazione manuale, scelta singola)*
* SI
* NO
  + 1. SE SI, ALLEGARE IL CERTIFICATO DI ASSISTENZA (allegare file pdf)

***IN ALTERNATIVA***

* 1. ASSISTENZA SPECIALISTICA ESTERNA -DIPARTIMENTI UNIVERSITARI *(compilazione manuale, scelta singola)*
* SI
* NO
  + 1. SE SI, ALLEGARE IL CERTIFICATO DI ASSISTENZA (allegare file pdf)
  1. INDICARE LA DENOMINAZIONE DEI SOGGETTI FIRMATARI DELL’ACCORDO DI CONDIVISIONE E PER OGNUNO DI ESSI SPECIFICARE IL NOMINATIVO E IL RUOLO RICOPERTO *(compilazione manuale max n° 500 caratteri, esclusi spazi)*
     1. ACCORDO DI CONDIVISIONE (allegare un file pdf)

**Anagrafica Presentatore**

* 1. CODICE FISCALE *(compilazione manuale)*
  2. IL PIANO È IN ATI/ATS *(compilazione automatica solo se indicato preliminarmente nel punto 1.3)*
  3. SE PERTINENTE, IN CASO DI ATI/ATS, SCEGLIERE TRA LE DUE OPZIONI:

□ ATI

□ ATS

* 1. SE IL PIANO È PRESENTATO DA UN CONSORZIO O GRUPPO DI IMPRESE INDICARE SE SONO ANCHE BENEFICIARI:

□ SI

□ NO

* 1. SE CONSORZIO, DATA DI COSTITUZIONE *(compilazione manuale)*
  2. DENOMINAZIONE SOGGETTO PRESENTATORE *(automatico da sistema, IN CASO DI ATI/ATS LA DENOMINAZIONE E’QUELLA DEL CAPOFILA)*
  3. INDIRIZZO SEDE LEGALE *(compilazione automatica)*
  4. REGIONE *(compilazione automatica)*
  5. PROVINCIA *(compilazione automatica)*
  6. COMUNE *(compilazione automatica)*
  7. CAP *(compilazione automatica)*
  8. TELEFONO *(compilazione manuale)*
  9. NOMINATIVO RAPPRESENTANTE LEGALE *(compilazione manuale)*
  10. E-MAIL PEC LEGALE RAPPRESENTANTE *(compilazione manuale)*
  11. IL LEGALE RAPPRESENTANTE HA DELEGATO LA FIRMA AD ALTRA PERSONA? *(compilazione manuale, scelta singola)*
* SI
* NO
  + 1. SE SI, NOMINATIVO DEL DELEGATO (compilazione manuale)
    2. SE SI, TELEFONO DEL DELEGATO (compilazione manuale)
    3. SE SI, E-MAIL PEC DEL DELEGATO (compilazione manuale)
    4. SE SI, DOCUMENTO D’IDENTITA’ DEL SOGGETTO DELEGATO (allegare file pdf)
    5. SE SI, **ALLEGATO C** (allegare file pdf)
    6. DOCUMENTO D’IDENTITA’ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE (allegare file pdf)
  1. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA SOGGETTO PRESENTATORE (*allegare file pdf –* ***ALLEGATO B1*** *se BENEFICIARIO,* ***ALLEGATO B2*** *se NON BENEFICIARIO*)
  2. ALLEGARE ATTO DI ATI/ATS SE COSTITUITA*(allegare file pdf)*
  3. NOMINATIVO DIRETTORE DEL PIANO *(compilazione manuale)*
     1. NOMINA DIRETTORE DEL PIANO - **ALLEGATO L** (allegare pdf)
     2. DOCUMENTO DI IDENTITA’ DEL DIRETTORE DEL PIANO (allegare file pdf)
  4. ORGANISMO DI APPARTENENZA DIRETTORE DEL PIANO *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Ente formativo (obbligatorio se presente Attuatore esterno)
* Libero professionista (se è previsto solo Attuatore interno)
* Presentatore (se è previsto solo Attuatore interno)
  1. TELEFONO DIRETTORE DEL PIANO *(compilazione manuale)*
  2. EMAIL DIRETTORE DEL PIANO *(compilazione manuale)*
  3. EMAIL PEC DIRETTORE DEL PIANO *(compilazione manuale)*
  4. NOMINATIVO REVISORE LEGALE DEI CONTI O DENOMINAZIONE SOCIETA’ DI REVISIONE LEGALE (*compilazione manuale)*
  5. INDIRIZZO *(compilazione manuale)*
  6. PROVINCIA *(compilazione manuale)*
  7. COMUNE *(compilazione manuale)*
  8. CAP *(compilazione manuale)*
  9. E-MAIL *(compilazione manuale)*
  10. EMAIL PEC REVISORE LEGALE *(compilazione manuale)*
  11. TELEFONO *(compilazione manuale)*
  12. NUMERO ISCRIZIONE ALBO DEI REVISORI CONTABILI *(compilazione manuale)*

**IN CASO DI CONSORZI TRA ENTI FORMATIVI ULTERIORI INFORMAZIONI RICHIESTE**

**SOGGETTI COMPONENTI IL CONSORZIO *(inserire tutti i consorziati indipendentemente dalla partecipazione nel Piano)***

- CODICE FISCALE *(compilazione manuale)*

- DENOMINAZIONE *(compilazione automatica)*

- LEGALE RAPPRESETANTE *(compilazione manuale)*

- REGIONE *(compilazione manuale)*

- INDIRIZZO EMAIL *(compilazione manuale)*

- INDIRIZZO EMAIL PEC *(compilazione manuale)*

- IL CONSORZIATO PARTECIPA AL PRESENTE PIANO, SCEGLIERE TRA LE DUE OPZIONI:

□ SI

□ NO

- SE SI, IL CONSORZIATO EROGA LA FORMAZIONE SCEGLIERE TRA LE DUE OPZIONI:

□ SI

□ NO

INSERIRE I DATI RELATIVI AL REQUISITO DI INGRESSO *(solo per gli Enti non presenti nell’elenco dei Qualificati o per quelli Qualificati che non hanno dato riscontro alla comunicazione del Fondo Prot.n. D23/4932 del 25/05/2023)*

- DENOMINAZIONE DELL’ENTE CHE HA RILASCIATO L’ACCREDITAMENTO (compilazione manuale)

- DATA DI RILASCIO (compilazione manuale)

- REGIONE DI ACCREDITAMENTO (compilazione manuale)

- DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE IL POSSESSO DEL REQUISITO (allegare file pdf)

- SE NO*,* INSERIRE ELENCO DEI SERVIZI FORNITI DAL CONSORZIATO, DIVERSI DALL’EROGAZIONE DELLA FORMAZIONE *(compilazione manuale max n° 500 caratteri, esclusi spazi)*

**IN CASO DI ATI/ATS, PER LE MANDANTI INSERIRE I DATI DAL CAMPO 1.31 AL CAMPO 1.40.6**

1. **Imprese Beneficiarie**
   1. NUMERO IMPRESE DICHIARATE NEL FORMULARIO NEL CASO DI CONSORZI E GRUPPI DI IMPRESE *(dato di riepilogo, compilazione automatica da sistema)*

**ELENCO IMPRESE BENEFICIARIE E DATI**

* 1. CODICE FISCALE *(compilazione manuale)*
  2. MESE E ANNO DI ADESIONE *(compilazione manuale, solo nel caso in cui il codice fiscale inserito non risulti nel DB INPS ed i campi dal 2.6 sono a compilazione manuale)*
  3. NEO-ADERENTE *(compilazione in automatico se l’azienda ha aderito al Fondo da ≤ 12 mesi dalla data di scadenza dell’Avviso, valore SI/NO)*
  4. AZIENDA NON BENEFICIARIA DI FINANZIAMENTI DEL FONDO IN UN LASSO TEMPORALE ≥ 36 MESI DALL’ULTIMO FINANZIAMENTO RICONOSCIUTO *(compilazione in automatico con valore SI/NO)*
  5. DENOMINAZIONE AZIENDA (*automatico da sistema)*
  6. MATRICOLE INPS ATTIVE E ADERENTI A FORTE *(automatico da sistema)*
  7. INDIRIZZO SEDE LEGALE IMPRESA *(automatico da sistema)*
  8. CONFERMA INDIRIZZO SEDE LEGALE? *(compilazione manuale, scelta singola)*
* SI
* NO
  + 1. SE NO, INSERIRE INDIRIZZO AGGIORNATO (compilazione manuale)
  1. REGIONE IMPRESA *(automatico da sistema)*
  2. PROVINCIA IMPRESA *(automatico da sistema)*
  3. COMUNE IMPRESA *(automatico da sistema)*
  4. CAP IMPRESA *(automatico da sistema)*
  5. TELEFONO *(compilazione manuale)*
  6. SE L’AZIENDA HA UNITA’ PRODUTTIVE IN REGIONI DIVERSE DA QUELLE DELLA SEDE LEGALE *(compilazione manuale, scelta multipla)*
  7. NOMINATIVO RAPPRESENTANTE LEGALE *(compilazione manuale)*
  8. E-MAIL PEC LEGALE RAPPRESENTANTE *(compilazione manuale)*
  9. INDICARE IL CCNL APPLICATO *(compilazione manuale)*
  10. CODICE ATECO (*automatico da* *Tabella di raccordo pubblicata dal Fondo)*
  11. CONFERMA CODICE ATECO? *(compilazione manuale, scelta singola)*
* SI
* NO
  + 1. SE NO, INSERIRE CODICE ATECO (compilazione manuale; Attenzione, se aggiornato il Codice Ateco quest’ultimo sarà utilizzato su tutti gli Avvisi)
  1. NUMERO TOTALE DIPENDENTI IN ORGANICO PER I QUALI L’AZIENDA VERSA LO 0,30% *(automatico da sistema)*
  2. CONFERMA NUMERO TOTALE DIPENDENTI *(compilazione manuale, scelta singola)*
* SI
* NO
  + 1. SE NO, INSERIRE NUMERO TOTALE DIPENDENTI AGGIORNATO O CALCOLATO IN ULA (compilazione manuale)
  1. NUMERO DIPENDENTI IN FORMAZIONE TOTALE *(compilazione manuale)*
  2. REGIME DI AIUTI DI STATO *(compilazione manuale, scelta singola)*
  + Regime di aiuti alla formazione (Reg. (UE) 651/2014 e ss.mm.ii.), pari ad una percentuale di Contributo Privato Obbligatorio del \_\_\_%**[[1]](#footnote-1)**
  + *De minimis* (Reg. (UE) 2831/2023). Si attesta che l’Azienda rientra nel campo di applicazione del Regolamento e ne rispetta le condizioni. Con riferimento ai contributi “*de minimis*” si attesta:
  + di non aver avuto la concessione di contributi in regime “*de minimis*” nell’arco temporale dei tre anni precedenti;
  + di aver avuto la concessione, nell’arco temporale dei tre anni precedenti dei seguenti contributi in regime “*de minimis*”:

|  |  |
| --- | --- |
| **Data** | **Importo dei contributi concessi** |
| …. |  |
| …. |  |
| …. |  |

* 1. SE REG. (UE) 651/2014 e ss.mm.ii., INDICARE IL TIPO DI IMPRESA *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Media impresa (meno di 250 dipendenti e fatturato annuo non superiore a 50 milioni di euro o bilancio totale annuo non superiore a 43 milioni di euro)
* Grande Impresa (fino a 149 dipendenti e fatturato annuo uguale o superiore a 50 milioni di euro o bilancio totale annuo uguale o superiore a 43 milioni di euro)
  + 1. ESISTONO LAVORATORI IN FORMAZIONE APPARTENENTI A CATEGORIE SVANTAGGIATE (EX L. 68/69) (compilazione manuale, scelta singola)
* SI
* NO
  1. PERCENTUALE DI CPO *(automatico da sistema - solo per il Regolamento (UE) 651/2014 e ss.mm.ii.)*
  2. IL LEGALE RAPPRESENTANTE HA DELEGATO LA FIRMA AD ALTRA PERSONA? *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Sì
* No
  + 1. SE SI, NOMINATIVO DEL DELEGATO (compilazione manuale)
    2. SE SI, TELEFONO DEL DELEGATO (compilazione manuale)
    3. SE SI, E-MAIL PEC DEL DELEGATO (compilazione manuale)
    4. SE SI, DOCUMENTO D’IDENTITA’ DEL SOGGETTO DELEGATO (allegare file pdf)
    5. SE SI, **ALLEGATO C** (allegare file pdf)
  1. DOCUMENTO D’IDENTITA’ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE *(allegare file pdf)*
  2. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA IMPRESE BENEFICIARIE- ***ALLEGATO E*** *(allegare file pdf, escluso per il Datore di Lavoro)*

1. **Attuatori**
   1. SOGGETTO ATTUATORE *(compilazione manuale, scelta singola)*

* Soggetto Attuatore interno
* Soggetto accreditato presso una delle Regioni italiane *(**purché la Regione presso la quale è accreditato coincida con la Regione coinvolta nel Piano)*
* Soggetto certificato UNI EN ISO 9001:2015 settore EA 37
* ATI/ATS costituite tra i soggetti dei punti precedenti, con la presenza di non più di un soggetto per tipologia
* Consorzi tra Enti formativi, già costituiti *(Se Presentatore compilazione automatica dalla sezione)*
  1. SE SOGGETTO ATTUATORE INTERNO
     1. DENOMINAZIONE (compilazione manuale)
     2. E-MAIL DEDICATA (compilazione manuale)
     3. TELEFONO (compilazione manuale)
     4. CORSI DI FORMAZIONE REALIZZATI E GESTITI NEGLI ULTIMI QUATTRO ANNI (compilazione manuale, scelta singola)
* Da 1 a 4
* Da 5 a 10
* Oltre 10
  + 1. PERCENTUALE DEI LAVORATORI IN FORMAZIONE SUL TOTALE DEI DIPENDENTI DEGLI ULTIMI QUATTRO ANNI (compilazione manuale, scelta singola)
* Fino al 15%
* Maggiore del 15% fino al 30%
* Oltre il 30%
  + 1. CORSI DI FORMAZIONE CONTINUA EROGATI NEL TRIENNIO 2018, 2019 E 2022 CON RIFERIMENTO AI SETTORI COMMERCIO, TURISMO E SERVIZI (compilazione manuale, scelta singola)
* Da 16 a 50
* Da 51 a 90
* Da 91 e oltre
  + 1. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTUATORE INTERNO – **ALLEGATO P** (allegare file pdf)
  1. DENOMINAZIONE SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO (*compilazione automatica se il presentatore è un Ente Formativo o Capofila di ATI/ATS tra Enti Formativi o Consorzio tra Enti formativi già costituito. Compilazione manuale se il presentatore è un’Azienda; in questo caso l’attuatore può essere unico o costituito in ATI/ATS con altri Enti Formativi)*
     1. PARTITA IVA/CODICE FISCALE (compilazione manuale – nel caso il soggetto sia presente nei DB del Fondo i dati dell’anagrafica sono riportati in automatico)
     2. INDIRIZZO SEDE LEGALE ATTUATORE (compilazione manuale)
     3. REGIONE ATTUATORE (compilazione manuale)
     4. PROVINCIA ATTUATORE (compilazione manuale)
     5. COMUNE ATTUATORE (compilazione manuale)
     6. CAP ATTUATORE (compilazione manuale)
     7. TELEFONO (compilazione manuale)
     8. E-MAIL ATTUATORE (compilazione manuale)
     9. NOMINATIVO LEGALE RAPPRESENTANTE (compilazione manuale)
     10. E-MAIL PEC LEGALE RAPPRESENTANTE (compilazione manuale)
  2. IL LEGALE RAPPRESENTANTE HA DELEGATO LA FIRMA AD ALTRA PERSONA? *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Sì
* No
  + 1. SE SI, NOMINATIVO DEL DELEGATO (compilazione manuale)
    2. SE SI, TELEFONO DEL DELEGATO (compilazione manuale)
    3. SE SI, E-MAIL PEC DEL DELEGATO (compilazione manuale)
    4. SE SI, DOCUMENTO D’IDENTITA’ DEL SOGGETTO DELEGATO (allegare file pdf)
    5. SE SI, **ALLEGATO C** (allegare file pdf)
    6. DOCUMENTO D’IDENTITA’ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE (allegare file pdf)

DATI RELATIVI AL REQUISITO DI INGRESSO *(sulla base di quanto dichiarato al punto 4.1 – Se Ente Accreditato solo se non pervenuti i dati richiesti dal Fondo comunicazione Prot.n. D23/4932 del 25/05/2023)*

* + 1. DENOMINAZIONE DELL’ENTE CHE HA RILASCIATO L’ACCREDITAMENTO O LA CERTIFICAZIONE (compilazione manuale)
    2. DATA DI RILASCIO (compilazione manuale)
    3. REGIONE DI ACCREDITAMENTO (compilazione manuale, solo se in possesso di accreditamento)
    4. DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE IL POSSESSO DEL REQUISITO (allegare file pdf - per ciascun soggetto in caso di ATI/ATS)

**perfomance (in caso di ati/ats i CAMPI DEVONO RIPORTARE I SOLI dati del capofila)**

* + 1. ANNO DI COSTITUZIONE DELL’ENTE FORMATIVO (compilazione manuale)
* Dal 2012
* Dal 2002 al 2011
* Fino al 2001
  + 1. ANNI DI ESPERIENZA NEL SETTORE DELLA FORMAZIONE CONTINUA CON RIFERIMENTO AI SETTORI DEL COMMERCIO, TURISMO E SERVIZI (compilazione manuale, scelta singola)
* Da 5 a 10
* Da 11 a 19
* Da 20 e oltre
  + 1. CORSI DI FORMAZIONE CONTINUA EROGATI NEL QUADRIENNIO 2018 – 2019 – 2021 E 2022 CON RIFERIMENTO AI SETTORI DEL COMMERCIO, TURISMO E SERVIZI (compilazione manuale, scelta singola)
* Da 30 a 80
* Da 81 a 120
* Oltre 120
  + 1. FATTURATO COMPLESSIVO DEGLI ESERCIZI 2018 – 2019 – 2021 PER LE SOLE ATTIVITÀ DI FORMAZIONE CONTINUA (compilazione manuale, scelta singola)
* Minore/Uguale di € 1.000.000
* Maggiore di € 1.000.000 e minore di € 1.500.000
* Maggiore/uguale di € 1.500.000
  + 1. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTESTANTE IL FATTURATO – **ALLEGATO F** (allegare file pdf)
    2. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTUATORE ESTERNO – **ALLEGATO P** (allegare file pdf)
    3. SE PERTINENTE, **IN CASO DI ATI/ATS, ATTO SE COSTITUITA** (allegare un file pdf)

**LA STESSA LOGICA VIENE APPLICATA ANCHE AI CONSORZI TRA ENTI FORMATIVI**

1. **PROGETTI**
   1. TEMATICA PROGETTO *(compilazione manuale, scelta singola)*

* 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
* Tecniche e tecnologie di produzione della manifattura e delle costruzioni
* Informatica
* Salvaguardia ambientale
* Salute e sicurezza (*solo per aziende che abbiano optato per De minimis – Per le iniziative rientranti nell’area tematica fare riferimento alla Guida alla presentazione*)
* Tecniche, tecnologie e metodologie per l'erogazione di servizi economici
* E.S.G. (Environmental, Social e Governance)
  1. SINTETICA DESCRIZIONE DEL PROGETTO *(compilazione manuale max n° 4.000 caratteri, esclusi spazi)*
  2. NUMERO ORE DI FORMAZIONE TOTALI PREVISTE NEL PROGETTO *(compilazione automatica dalla sezione moduli)*
  3. ELENCO DELLE CONOSCENZE CHE I PARTECIPANTI AVRANNO ACQUISITO AL TERMINE DI OGNI MODULO/PROGETTO COMPRESO NEL SINGOLO PROGETTO. Per i moduli che prevedano in uscita la sola acquisizione di conoscenze (*compilazione manuale max n° 5.000 caratteri, esclusi spazi*)
     1. INDICAZIONE DELLE MODALITÀ E STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE (compilazione manuale max n° 3.000 caratteri, esclusi spazi)
     2. ELENCO DELLE ATTESTAZIONI RILASCIATE (compilazione manuale max n° 2.000 caratteri, esclusi spazi)
  4. DENOMINAZIONE DELLA COMPETENZA CHE I PARTECIPANTI AVRANNO ACQUISITO AL TERMINE DEL PROGETTO *(compilazione manuale max n° 5.000 caratteri, esclusi spazi)*
     1. ELENCO DELLA/E CONOSCENZA/E CHE COMPONGONO LA COMPETENZA (compilazione manuale max n° 2.000 caratteri, esclusi spazi)
     2. ELENCO DELLA/E ABILITÀ CHE COMPONGONO LA COMPETENZA (compilazione manuale max n° 2.000 caratteri, esclusi spazi)
     3. INDICAZIONE DELLE MODALITÀ E STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE/VALIDAZIONE (compilazione manuale max n° 3.000 caratteri, esclusi spazi)
     4. ELENCO DELLE ATTESTAZIONI E/O CERTIFICAZIONI RILASCIATE (compilazione manuale max n° 2.000 caratteri, esclusi spazi)

1. **MODULI**
   1. TITOLO DEL MODULO *(compilazione manuale)*
   2. DURATA DEL MODULO IN ORE *(compilazione manuale, inserire valori da 1 a 99 per le ORE e i valori 0,15,30,45 per i MINUTI)*
   3. NUMERO EDIZIONI DEL MODULO *(compilazione manuale, max 3 cifre)*
   4. NUMERO ORE DI FORMAZIONE TOTALI PREVISTE NEL MODULO *(automatico da sistema, durata del modulo in ore per numero di edizioni)*
   5. NUMERO E DESCRIZIONE DELLE RISORSE UMANE IMPIEGATE NELLA REALIZZAZIONE DEL MODULO, ESCLUSI I DESTINATARI DELLA FORMAZIONE, E DEGLI STRUMENTI UTILIZZATI *(compilazione manuale max n° 7.000 caratteri, esclusi spazi)*
   6. MODALITÀ DIDATTICA *(compilazione manuale, scelta multipla)*

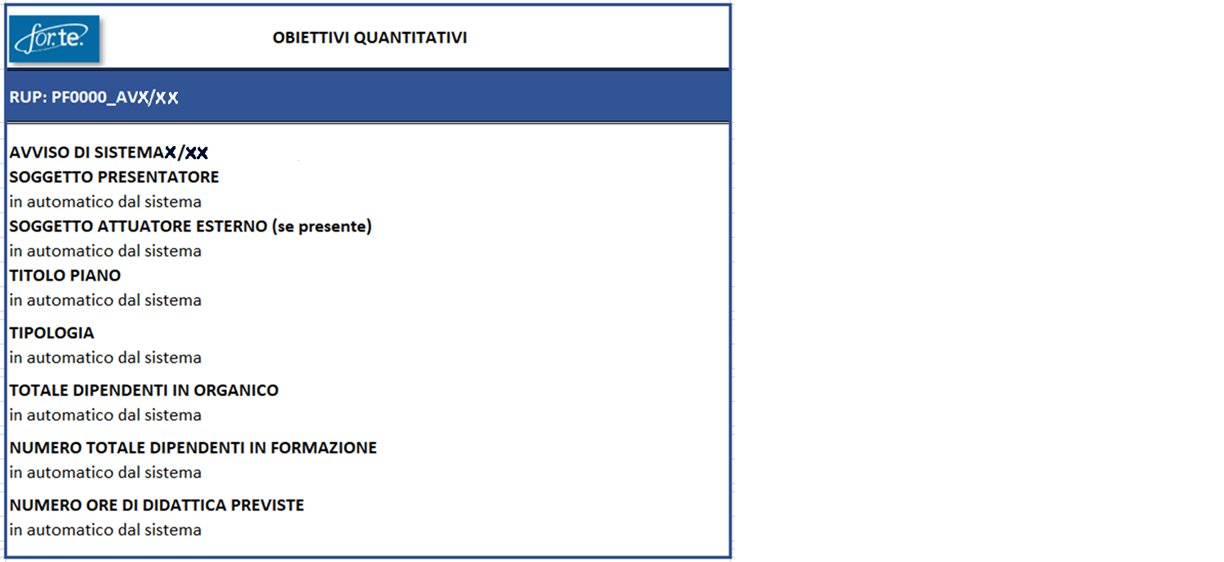
* Collettiva
* Individuale
  1. ATTIVITA’ PROPEDEUTICHE ED EX POST LA FORMAZIONE *(compilazione manuale, scelta multipla)*
* Orientamento
* Bilancio delle competenze
  1. MODALITÀ FORMATIVE UTILIZZATE NEL MODULO *(compilazione manuale, scelta multipla)*
* Aula
* Seminari
* Action learning
* FaD sincrona
* FaD asincrona
* Training on the job
* Coaching
  1. E’ PREVISTA LA PARTECIPAZIONE DI APPRENDISTI? *(compilazione manuale, scelta singola)*
* SI
* NO
  1. SE SI’, SPECIFICARE FORMAZIONE DI BASE/ TRASVERSALE E/O FORMAZIONE PROFESSIONALIZZANTE *(compilazione manuale, scelta multipla)*
* Formazione di base e/o trasversale
* Formazione professionalizzante
  1. METODOLOGIE FORMATIVE *(ripartizione delle ore del modulo)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Metodologia formativa** | **Nr. ore** | **Nr. Minuti** |
| ESPOSITIVA |  |  |
| LABORATORIO |  |  |
| PROJECT WORK |  |  |
| SIMULAZIONI |  |  |
| CASE HISTORY |  |  |
| ESERCITAZIONI, TEST |  |  |
| ACTIVE LEARNING |  |  |
| COMUNITA' DI PRATICA |  |  |
| AUTO APPRENDIMENTO |  |  |
| APPRENDIMENTO ASSISTITO (COACH/TUTOR) |  |  |
| **TOTALE** |  |  |

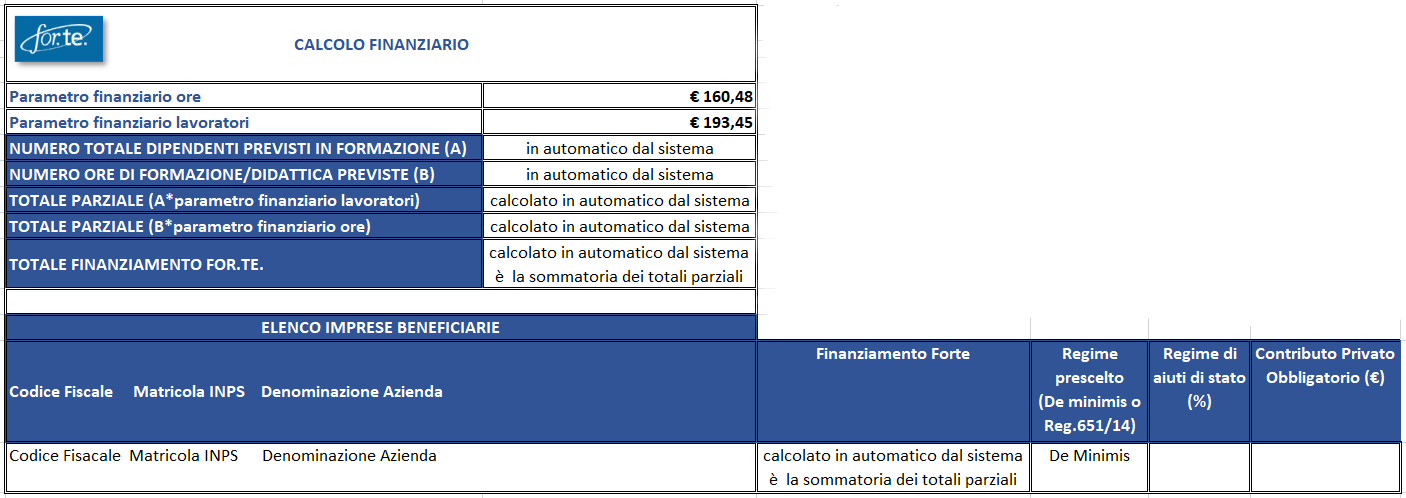
* + 1. PERCENTUALE ORE DI FORMAZIONE INTERATTIVE (automatico da sistema)
  1. ELENCO IMPRESE BENEFICIARIE ASSOCIATE AL MODULO NEL CASO DI CONSORZI E GRUPPI DI IMPRESA *(scelta multipla da elenco delle beneficiarie inserite)*
  2. NUMERO LAVORATORI COINVOLTI NEL MODULO *(compilazione manuale)*
  3. SOGGETTI ATTUATORI COINVOLTI *(scelta multipla da elenco attuatori inseriti)*

**PIANO FINANZIARIO**

* 1. RIEPILOGO DA SEZIONE DEL FORMULARIO DATI PIANO – PIANI DI TIPOLOGIA AZIENDALE



* 1. SEZIONE CALCOLO FINANZIARIO PIANI DI TIPOLOGIA AZIENDALE



* 1. DESCRIZIONE DEI CRITERI CHE HANNO DETERMINATO LE VOCI DI COSTO *(compilazione manuale – max n° 6.000 caratteri, esclusi spazi)*
  2. PROSPETTO FINANZIARIO

|  |  |
| --- | --- |
| **MACRO VOCI** | **FINANZIAMENTO For.Te (€)** |
| 1. Azioni propedeutiche e trasversali |  |
| *1.1 di cui per Ideazione/Progettazione* |  |
| 2. Attività formativa (comprese le attività di orientamento e Bilancio delle competenze) |  |
| 3. Spese relative ai partecipanti |  |
| 4. Spese generali di funzionamento e gestione |  |
| *4.1 di cui per Revisore* |  |
| *4.2 di cui per Polizza Fideiussoria* |  |
| TOTALE (*in automatico dalla sezione Calcolo Finanziario)* |  |

* 1. RIPARTIZIONE CONTRIBUTI E FINANZIAMENTI PER IMPRESA NEL CASO DI CONSORZI E GRUPPI DI IMPRESA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione Impresa**  *(in automatico delle imprese beneficiarie)* | **Numero di lavoratori in formazione**  *(in automatico delle imprese beneficiarie)* | **Regime prescelto (De minimis o Reg. (UE) 651/2014)**  *(in automatico delle imprese beneficiarie)* | **Finanziamento Forte**  *(in automatico delle imprese beneficiarie)* | **Percentuale di Cofinanziamento da Reg. (UE) 651**  *(in automatico delle imprese beneficiarie)* | **Contributo Privato Obbligatorio (€)**  *(in automatico delle imprese beneficiarie)* |

* 1. AI FINI DEGLI ADEMPIMENTI A CUI SONO TENUTI I FONDI INTERPROFESSIONALI PER LA FORMAZIONE CONTINUA (ex D.Lgs. 33/2013) SI PREGA DI RIPORTARE UNA BREVE DESCRIZIONE DEL PROGETTO PER L’EVENTUALE PUBBLICAZIONE SUL SITO ISTITUZIONALE DI FOR.TE. *(compilazione manuale – max n° 1.000 caratteri, spazi esclusi)*

1. Non può essere inferiore al 30% [↑](#footnote-ref-1)