**AVVISO 4/24 - LST**

**TERRITORIALE - NAZIONALE**

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

* Territoriale
* Nazionale
  1. TIPOLOGIA PRESENTATORE *(compilazione manuale)*

***Scelta se territoriale:***

* I 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*)
* ATI/ATS (*al massimo tra 2 soggetti, individuati tra quelli con accreditamento regionale*)
* Consorzi già costituiti tra Enti formativi in possesso di accreditamento regionale *(purché l’accreditamento coincida con la Regione coinvolta nel Piano)*
* ATI/ATS costituite al massimo tra un Ente di cui all’art.1 della Legge 40/87 ed un Ente in possesso di accreditamento regionale *(purché l’accreditamento coincida con la Regione coinvolta nel Piano)*

***Scelta se Nazionale:***

* Gli Enti di cui all'art. 1 della legge 40/87 riconosciuti dal Ministero del Lavoro
* ATI/ATS tra Enti di cui all'art. 1 della legge 40/87 riconosciuti dal Ministero del Lavoro e gli Enti da essi coordinati;
* ATI/ATS tra Enti formativi in possesso di accreditamento regionale
* I soggetti in possesso di accreditamenti rilasciati da soggetti pubblici nazionali o enti terzi internazionali per lo svolgimento dell’attività formativa di natura specialistica su tutto il territorio nazionale
* 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)*
  1. TERRITORIO COINVOLTO *(compilazione manuale, scelta singola territoriali, scelta multipla per nazionali)*
* 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. NUMERO TOTALE DIPENDENTI IN FORMAZIONE PREVISTI *(compilazione manuale)*
  2. MONTE ORE DI FORMAZIONE/DIDATTICA PREVISTE *(compilazione manuale)*
  3. NUMERO TOTALE IMPRESE COINVOLTE PREVISTE *(compilazione manuale)*
  4. NUMERO IMPRESE DICHIARATE NEL FORMULARIO *(compilazione automatica da sistema)*
  5. PERCENTUALE DELLE ORE DI FORMAZIONE INTERATTIVA SUL TOTALE DELLE ORE DI FORMAZIONE PREVISTE *(compilazione manuale)*
  6. PERCENTUALE MASSIMA DI FORMAZIONE OBBLIGATORIA EX D.lgs. 81/2008 PER LE SOLE AZIENDE IN DE MINIMIS *(compilazione manuale)*
  7. NUMERO PROGETTI DEL PIANO *(compilazione automatica dalla sezione progetto)*
  8. DURATA DEL PIANO IN MESI *(compilazione manuale)*
  9. METODOLOGIA APPLICATA ALL’ANALISI DEI FABBISOGNI FORMATIVI *(compilazione manuale max n° 7.000 caratteri, spazi esclusi)*
  10. DESCRIZIONE DEL PROCESSO DI IVC DELLE COMPETENZE APPLICATO *(compilazione manuale max n° 8.000 caratteri, esclusi spazi)*
  11. DECLINAZIONE DELLE FINALITA’, DELLE PRIORITA’ E DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PIANO *(compilazione manuale max n° 7.000 caratteri, spazi esclusi)*
  12. DESCRIZIONE DELL'IMPIANTO COMPLESSIVO DEL PIANO *(compilazione manuale max n° 5.000 caratteri, spazi esclusi)*
  13. ELEMENTI DI INNOVATIVITA’ DEL PIANO *(compilazione manuale max n° 5.000 caratteri, spazi esclusi)*
  14. RISULTATI ATTESI SUL SISTEMA DELLE IMPRESE *(compilazione manuale max n° 5.000 caratteri, spazi esclusi)*
  15. COERENZA DEL PIANO CON IL CONTESTO SOCIO ECONOMICO *(compilazione manuale max n° 6.000 caratteri, spazi esclusi)*
  16. 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)*
  17. E’ PREVISTO NELL’ACCORDO IL COMITATO DI PILOTAGGIO? (compilazione manuale, scelta singola)
* SI
* NO
  + 1. SE SI’, INDICARE IL DETTAGLIO DELL’ATTIVITA’ PREVISTA, DURATA, ATTORI COINVOLTI E RELATIVE FUNZIONI, STRUMENTI E INDICATORI DI RISULTATO PER IL MONITORAGGIO DEL PIANO (compilazione manuale max n° 4.000 caratteri)
  1. QUALITA’ DELL’INTERAZIONE CON I SOGGETTI RAPPRESENTATIVI COME DA ITEM 3.2 *(compilazione manuale max n° 6.000 caratteri, spazi esclusi)*
  2. 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 DEL PIANO (allegare file pdf)
  3. DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALL’ITEM 3.2 (allegare file pdf fino ad un massimo di 3)

1. **Anagrafica Presentatore**

**SE SOGGETTO PRESENTATORE E’ UNICO** *(da info inserite al punto 1.3)*

* 1. CODICE FISCALE *(compilazione manuale)*
  2. DENOMINAZIONE *(automatico da sistema)*
  3. INDIRIZZO SEDE LEGALE *(compilazione manuale)*
  4. REGIONE *(compilazione manuale)*
  5. PROVINCIA *(compilazione manuale)*
  6. COMUNE *(compilazione manuale)*
  7. CAP *(compilazione manuale)*
  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 *(****ALLEGATO B2*** *- allegare file pdf)*
  2. 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)
     3. ORGANISMO DI APPARTENENZA DIRETTORE DEL PIANO (compilazione automatica)
* Presentatore/Attuatore
  + 1. TELEFONO DIRETTORE DEL PIANO (compilazione manuale)
    2. EMAIL DIRETTORE DEL PIANO (compilazione manuale)
    3. EMAIL PEC DIRETTORE DEL PIANO (compilazione manuale)
  1. NOMINATIVO REVISORE LEGALE DEI CONTI O DENOMINAZIONE SOCIETA’ DI REVISIONE LEGALE *(compilazione manuale)*
     1. INDIRIZZO (compilazione manuale)
     2. PROVINCIA (compilazione manuale)
     3. COMUNE (compilazione manuale)
     4. CAP (compilazione manuale)
     5. E-MAIL (compilazione manuale)
     6. EMAIL PEC REVISORE LEGALE (compilazione manuale)
     7. TELEFONO (compilazione manuale)
     8. NUMERO ISCRIZIONE ALBO DEI REVISORI CONTABILI (compilazione manuale)
  2. DATI RELATIVI AL REQUISITO DI INGRESSO E ALLE PERFORMANCE *(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)*
     1. DENOMINAZIONE DELL’ENTE CHE HA RILASCIATO L’ACCREDITAMENTO (compilazione manuale)
     2. DATA DI RILASCIO (compilazione manuale)
     3. REGIONE DI ACCREDITAMENTO (compilazione manuale)
     4. DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE IL POSSESSO DEL REQUISITO (allegare file pdf)
  3. ANNO DI COSTITUZIONE DELL’ENTE *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Dopo il 2010
* Dal 2006 al 2009
* Dal 1990 al 2005
  1. ANNI DI ESPERIENZA NELLA FORMAZIONE CONTINUA CON RIFERIMENTO AI SETTORI DELLA LOGISTICA, SPEDIZIONI, TRASPORTI *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Da 5 a 10
* Da 11 a 14
* Da 15 e oltre
  1. CORSI DI FORMAZIONE CONTINUA EROGATI NEL TRIENNIO 2018 – 2019 – 2021 CON RIFERIMENTO AI SETTORI DELLA LOGISTICA, SPEDIZIONI, TRASPORTI *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Da 16 a 50
* Da 51 a 90
* Da 91 e oltre
  1. FATTURATO COMPLESSIVO DEGLI ESERCIZI 2018 – 2019 E 2021 PER LE SOLE ATTIVITÀ DI FORMAZIONE CONTINUA NEI SETTORI DELLA LOGISTICA, SPEDIZIONI, TRASPORTI *(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)

**SE IL PRESENTATORE E’ UN CONSORZIO TRA ENTI FORMATIVI** *(da info inserite al punto 1.3)*

**DATI DEL CONSORZIO**

* 1. CODICE FISCALE *(compilazione manuale)*
  2. DENOMINAZIONE *(automatico da sistema)*
  3. DATA DI COSTITUZIONE *(compilazione manuale)*
  4. INDIRIZZO SEDE LEGALE *(compilazione manuale)*
  5. REGIONE *(compilazione manuale)*
  6. PROVINCIA *(compilazione manuale)*
  7. COMUNE *(compilazione manuale)*
  8. CAP *(compilazione manuale)*
  9. TELEFONO *(compilazione manuale)*
  10. NOMINATIVO RAPPRESENTANTE LEGALE *(compilazione manuale)*
  11. E-MAIL PEC LEGALE RAPPRESENTANTE *(compilazione manuale)*
  12. 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)
    7. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA SOGGETTO PRESENTATORE (**ALLEGATO B2** - allegare file pdf)
    8. NOMINATIVO DIRETTORE DEL PIANO (compilazione manuale)
    9. NOMINA DIRETTORE DEL PIANO - **ALLEGATO L** (allegare pdf)
    10. DOCUMENTO DI IDENTITA’ DEL DIRETTORE DEL PIANO (allegare file pdf)
    11. ORGANISMO DI APPARTENENZA DIRETTORE DEL PIANO (compilazione manuale)
* Presentatore/Attuatore
  1. NOMINATIVO REVISORE LEGALE DEI CONTI O DENOMINAZIONE SOCIETA’ DI REVISIONE LEGALE *(compilazione manuale)*
     1. INDIRIZZO (compilazione manuale)
     2. PROVINCIA (compilazione manuale)
     3. COMUNE (compilazione manuale)
     4. CAP (compilazione manuale)
     5. E-MAIL (compilazione manuale)
     6. EMAIL PEC REVISORE LEGALE (compilazione manuale)
     7. TELEFONO (compilazione manuale)
     8. NUMERO ISCRIZIONE ALBO DEI REVISORI CONTABILI (compilazione manuale)
  2. ANNO DI COSTITUZIONE *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Dopo il 2010
* Dal 2006 al 2009
* Dal 1990 al 2005
  1. ANNI DI ESPERIENZA NELLA FORMAZIONE CONTINUA CON RIFERIMENTO AI SETTORI DELLA LOGISTICA, SPEDIZIONI, TRASPORTI *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Da 5 a 10
* Da 11 a 14
* Da 15 e oltre
  1. CORSI DI FORMAZIONE CONTINUA EROGATI NEL TRIENNIO 2018 – 2019 E 2021 CON RIFERIMENTO AI SETTORI DELLA LOGISTICA, SPEDIZIONI, TRASPORTI *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Da 16 a 50
* Da 11 a 90
* Da 91 e oltre
  1. FATTURATO COMPLESSIVO DEGLI ESERCIZI 2018 – 2019 – 2021 PER LE SOLE ATTIVITÀ DI FORMAZIONE CONTINUA NEI SETTORI DELLA LOGISTICA, SPEDIZIONI, TRASPORTI *(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)*

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

* 1. CODICE FISCALE *(compilazione manuale)*
  2. DENOMINAZIONE *(compilazione automatica)*
  3. LEGALE RAPPRESETANTE *(compilazione manuale)*
  4. REGIONE *(compilazione manuale)*
  5. INDIRIZZO EMAIL *(compilazione manuale)*
  6. INDIRIZZO EMAIL PEC *(compilazione manuale)*
  7. IL CONSORZIATO PARTECIPA AL PRESENTE PIANO, SCEGLIERE TRA LE DUE OPZIONI:

□ SI

□ NO

* + 1. 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)*

* + 1. DENOMINAZIONE DELL’ENTE CHE HA RILASCIATO L’ACCREDITAMENTO (compilazione manuale)
    2. DATA DI RILASCIO (compilazione manuale)
    3. REGIONE DI ACCREDITAMENTO (compilazione manuale)
    4. DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE IL POSSESSO DEL REQUISITO (allegare file pdf)
  1. SE ALLA 2.46.1 RISPOSTA NO*,* INSERIRE ELENCO DEI SERVIZI FORNITI DAL CONSORZIATO, DIVERSI DALL’EROGAZIONE DELLA FORMAZIONE *(compilazione manuale max n° 500 caratteri, esclusi spazi)*

**SE SOGGETTO PRESENTATORE E’ ATI/ATS** *(da info inserite al punto 1.3)*

* 1. IL PIANO È IN ATI/ATS *(compilazione automatica solo se indicato preliminarmente)*
  2. SCEGLIERE TRA LE DUE OPZIONI:

□ ATI

□ ATS

* 1. ALLEGARE ATTO SE ATI/ATS GIA’ COSTITUITA *(allegare file pdf)*
  2. CODICE FISCALE CAPOFILA *(compilazione manuale)*
  3. DENOMINAZIONE CAPOFILA *(automatico da sistema)*
  4. INDIRIZZO SEDE LEGALE *(compilazione manuale)*
  5. REGIONE *(compilazione manuale)*
  6. PROVINCIA *(compilazione manuale)*
  7. COMUNE *(compilazione manuale)*
  8. CAP *(compilazione manuale)*
  9. TELEFONO *(compilazione manuale)*
  10. NOMINATIVO RAPPRESENTANTE LEGALE *(compilazione manuale)*
  11. E-MAIL PEC LEGALE RAPPRESENTANTE *(compilazione manuale)*
  12. 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 *(****ALLEGATO B2*** *- allegare file pdf)*
  2. 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)
     3. ORGANISMO DI APPARTENENZA DIRETTORE DEL PIANO (compilazione manuale)
* Capofila Presentatore/Attuatore
* Mandante ATI/ATS
  + 1. TELEFONO DIRETTORE DEL PIANO (compilazione manuale)
    2. EMAIL DIRETTORE DEL PIANO (compilazione manuale)
    3. EMAIL PEC DIRETTORE DEL PIANO (compilazione manuale)
  1. NOMINATIVO REVISORE LEGALE DEI CONTI O DENOMINAZIONE SOCIETA’ DI REVISIONE LEGALE *(compilazione manuale)*
     1. INDIRIZZO (compilazione manuale)
     2. PROVINCIA (compilazione manuale)
     3. COMUNE (compilazione manuale)
     4. CAP (compilazione manuale)
     5. E-MAIL (compilazione manuale)
     6. EMAIL PEC REVISORE LEGALE (compilazione manuale)
     7. TELEFONO (compilazione manuale)
     8. NUMERO ISCRIZIONE ALBO DEI REVISORI CONTABILI (compilazione manuale)
  2. *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)
  3. DENOMINAZIONE DELL’ENTE CHE HA RILASCIATO L’ACCREDITAMENTO (compilazione manuale)
     1. DATA DI RILASCIO (compilazione manuale)
     2. REGIONE DI ACCREDITAMENTO (compilazione manuale)
     3. DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE IL POSSESSO DEL REQUISITO (allegare file pdf)

**perfomance del capofila** *(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)*

* 1. ANNO DI COSTITUZIONE *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Dopo il 2010
* Dal 2006 al 2009
* Dal 1990 al 2005
  1. ANNI DI ESPERIENZA NELLA FORMAZIONE CONTINUA CON RIFERIMENTO AI SETTORI DELLA LOGISTICA, SPEDIZIONI, TRASPORTI *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Da 5 a 10
* Da 11 a 14
* Da 15 e oltre
  1. CORSI DI FORMAZIONE CONTINUA EROGATI NEL TRIENNIO 2018 – 2019 E 2021 CON RIFERIMENTO AI SETTORI DELLA LOGISTICA, SPEDIZIONI, TRASPORTI *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Da 16 a 50
* Da 11 a 90
* Da 91 e oltre
  1. FATTURATO COMPLESSIVO DEGLI ESERCIZI 2018 – 2019 – 2021 PER LE SOLE ATTIVITÀ DI FORMAZIONE CONTINUA NEI SETTORI DELLA LOGISTICA, SPEDIZIONI, TRASPORTI *(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)

**CAMPI DA COMPILARE DA PARTE DELLA MANDANTE**

* 1. CODICE FISCALE MANDANTE *(compilazione manuale)*
  2. DENOMINAZIONE MANDANTE *(automatico da sistema)*
  3. INDIRIZZO SEDE LEGALE *(compilazione manuale)*
  4. REGIONE *(compilazione manuale)*
  5. PROVINCIA *(compilazione manuale)*
  6. COMUNE *(compilazione manuale)*
  7. CAP *(compilazione manuale)*
  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. DATI RELATIVI AL REQUISITO DI INGRESSO
     1. DENOMINAZIONE DELL’ENTE CHE HA RILASCIATO L’ACCREDITAMENTO (compilazione manuale)
     2. DATA DI RILASCIO (compilazione manuale)
     3. REGIONE DI ACCREDITAMENTO (compilazione manuale)
     4. DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE IL POSSESSO DEL REQUISITO (allegare file pdf)

1. **Imprese Beneficiarie**

*N.B. i presentatori di piani territoriali e settoriali nazionali non possono essere beneficiari.*

**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)*
  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 RISORSE FINANZIARIE 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. NOMINATIVO RAPPRESENTANTE LEGALE *(compilazione manuale)*
  7. E-MAIL PEC LEGALE RAPPRESENTANTE *(compilazione manuale)*
  8. INDICARE IL CCNL APPLICATO *(compilazione manuale)*
  9. CODICE ATECO *(automatico da sistema)*
  10. 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 DIPENDENTI 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 (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 \_\_\_%
  + *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)*
* Microimpresa (meno di 10 dipendenti e fatturato annuo o bilancio totale annuo non superiore a 2 milioni di euro)
* Piccola impresa (meno di 50 dipendenti e fatturato annuo o bilancio totale annuo non superiore a 10 milioni di euro)
* 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)
    6. DOCUMENTO D’IDENTITA’ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE (allegare file pdf)
  1. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA IMPRESE BENEFICIARIE – ***ALLEGATO N*** *(allegare file pdf)*

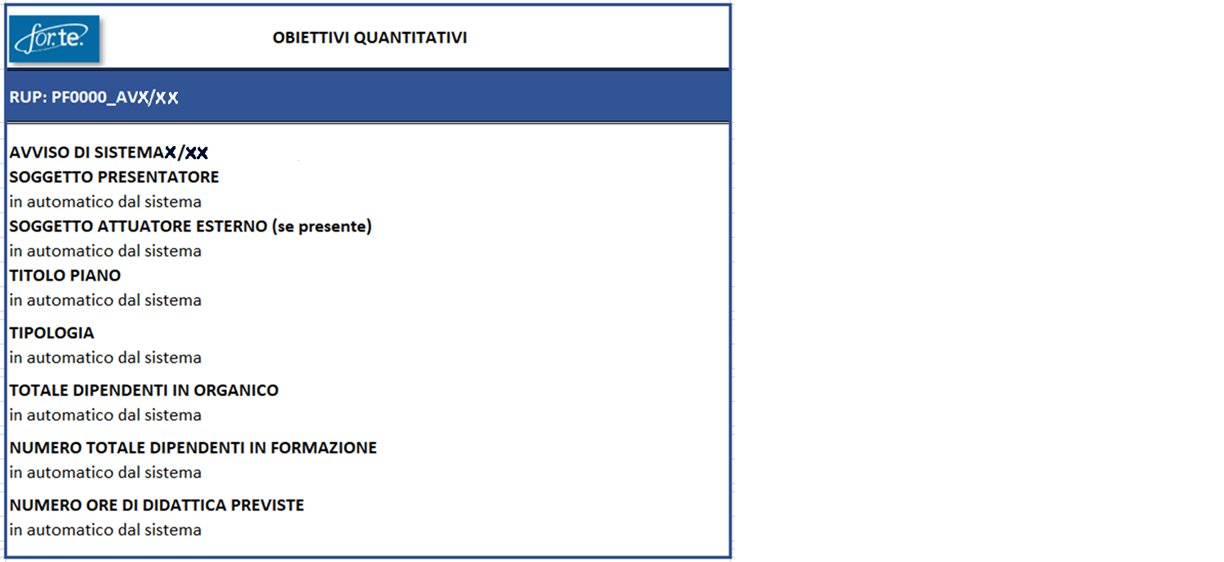
1. **PROGETTI**
   1. TEMATICA PROGETTO *(compilazione manuale, scelta singola)*

* 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. DESCRIZIONE DEL PROGETTO *(compilazione manuale max n° 7.000 caratteri, esclusi spazi)*
  2. NUMERO E DESCRIZIONE DELLE RISORSE UMANE IMPIEGATE NELLA REALIZZAZIONE DEL PIANO, ESCLUSI I DESTINATARI DELLA FORMAZIONE *(compilazione manuale max n° 7.000 caratteri, esclusi spazi)*
  3. ATTIVITA’ PROPEDEUTICHE ED EX POST LA FORMAZIONE *(compilazione manuale, scelta multipla)*
* Orientamento
* Bilancio delle competenze
  1. MODALITÀ FORMATIVE UTILIZZATE NEL PROGETTO *(compilazione manuale, scelta multipla)*
* Aula
* Seminari
* Action learning
* FaD sincrona
* FaD asincrona
* Training on the job
* Coaching
  1. METODOLOGIE FORMATIVE *(ripartizione delle ore previste nel progetto)*

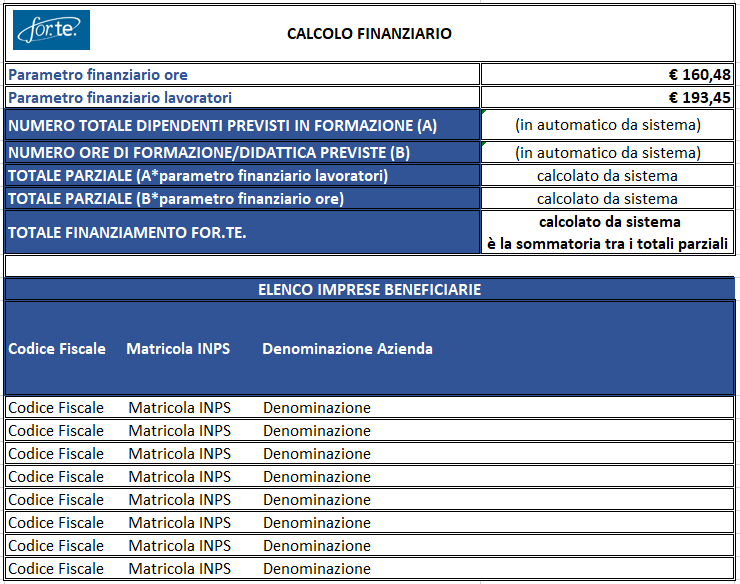
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Metodologia formativa** | **Nr. Ore** | **Nr. Minuti** |
| ESPOSITIVA |  |  |
| LABORATORIO |  |  |
| PROJECT WORK |  |  |
| SIMULAZIONI |  |  |
| CASE HISTORY |  |  |
| ESERCITAZIONI, TEST |  |  |
| ACTIVE LEARNING |  |  |
| COMUNITA' DI PRATICA |  |  |
| AUTO APPRENDIMENTO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

* 1. 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)
  2. 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. **PIANO FINANZIARIO**
   1. RIEPILOGO DA SEZIONE DEL FORMULARIO DATI PIANO – PIANI DI TIPOLOGIA TERRITORIALE/NAZIONALE



* 1. SEZIONE CALCOLO FINANZIARIO PIANI DI TIPOLOGIA TERRITORIALE/NAZIONALE



* 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 *(riportato automaticamente dalla sezione Calcolo Finanziario)* |  |

* 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 PIANO PER L’EVENTUALE PUBBLICAZIONE SUL SITO ISTITUZIONALE DI FOR.TE. *(compilazione manuale –* max n° *1.000 caratteri, spazi esclusi)*