**AVVISO 5/24 SOCIO SANITARIO – ASSE 2**

**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, un Ente in possesso di accreditamento regionale *(purché l’accreditamento coincida con la Regione coinvolta 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. AMBITI CUI SI RIFERISCE IL PIANO FORMATIVO (*compilazione manuale, scelta multipla*)
* Area Psicorelazionale, con specifico riferimento al supporto, anche psicologico, di fasce di utenza fragile o in situazione di disagio
* Area Clinical Governance e Gestione del Rischio
* Area Competenze tecniche, anche finalizzate all’acquisizione di qualifiche
* Area Innovazione Tecnologica, in termini di capacità di utilizzo dei macchinari e della strumentazione
  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 *(compilazione automatica dalla sezione delle beneficiarie)*
  3. MONTE ORE DI FORMAZIONE/DIDATTICA PREVISTE *(compilazione automatica dalla sezione delle beneficiarie)*
  4. MONTE ORE FORMAZIONE/ALLIEVO PREVISTE (*compilazione automatica dalla sezione moduli*)
  5. PERCENTUALE ORE FORMAZIONE BASE (*compilazione automatica dalla sezione moduli*)
  6. PERCENTUALE DELLE ORE DI FORMAZIONE INTERATTIVA SUL TOTALE DELLE ORE DI FORMAZIONE PREVISTE *(compilazione automatica dalla sezione moduli)*
  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. METODOLOGIA APPLICATA ALL’ANALISI DEI FABBISOGNI FORMATIVI (*compilazione manuale max n° 7.000 caratteri, inclusi spazi)*
  11. DECLINAZIONE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI E DEI RISULTATI ATTESI (*compilazione manuale max n° 6.000 caratteri, inclusi spazi*)
  12. 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, inclusi spazi)*
  13. ELEMENTI DI INNOVATIVITA’ DEL PIANO (*compilazione manuale max n° 5.000 caratteri, inclusi spazi*)
  14. DESCRIZIONE DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO (*compilazione manuale max n° 5.000 caratteri, inclusi spazi*)
  15. DESCRIZIONE DEL PROCESSO DI IVC DELLE COMPETENZE APPLICATO (*compilazione manuale max n° 8.000 caratteri, inclusi spazi*)
  16. IMPATTO PREVISTO SULLE PERFORMANCE AZIENDALI *(compilazione manuale max n° 5.000 caratteri, inclusi spazi)*
  17. ASSISTENZA TECNICA *(compilazione manuale, scelta singola)*
* SI
* NO
  + 1. SE SI, INDICARE IL SOGGETTO (anche scelta multipla – solo i soggetti specificati nella griglia quantitativa)
* BILATERALITA’
* DIPARTIMENTO UNIVERSITARIO
  + 1. SE SI, ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE INERENTE ALL’ ASSISTENZA (allegare file pdf)
  1. descrizione della QUALITA’ DELL’INTERAZIONE CON I SOGGETTI COINVOLTI (*compilazione manuale max n° 1.500 caratteri, inclusi spazi*)
  2. descrizione della COERENZA DEL PIANO NEL SUO COMPLESSO CON IL CONTESTO SOCIO-ECONOMICO (*compilazione manuale max n° 1.500 caratteri, inclusi spazi*)
  3. INDICARE LA DENOMINAZIONE DEI SOGGETTI FIRMATARI DELL’ACCORDO DI CONDIVISIONE DEL PIANO E PER OGNUNO DI ESSI SPECIFICARE IL NOMINATIVO E IL RUOLO RICOPERTO *(**compilazione manuale max n° 500 caratteri, inclusi spazi)*
     1. ACCORDO DI CONDIVISIONE DEL PIANO (allegare file pdf)

1. **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 è 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 automatica)*
  9. NOMINATIVO RAPPRESENTANTE LEGALE *(compilazione automatica)*
  10. E-MAIL PEC LEGALE RAPPRESENTANTE *(compilazione automatica)*
  11. IL LEGALE RAPPRESENTANTE HA DELEGATO LA FIRMA AD ALTRA PERSONA? *(compilazione manuale, scelta singola)*
* SI
* NO
  + 1. SE SI, NOMINATIVO DEL DELEGATO (compilazione automatica)
    2. SE SI, TELEFONO DEL DELEGATO (compilazione automatica)
    3. SE SI, E-MAIL PEC DEL DELEGATO (compilazione automatica)
    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 file 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
  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 ATI/ATS, PER LE MANDANTI INSERIRE I DATI DAL CAMPO 2.6 AL CAMPO 2.15.6**

1. **Imprese Beneficiarie**
   1. NUMERO IMPRESE DICHIARATE NEL FORMULARIO *(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*)
  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. *finanziamenti ricevuti da for.te. negli ultimi 36 mesi (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 *(automatica da sistema)*
  8. REGIONE IMPRESA *(automatico da sistema)*
  9. PROVINCIA IMPRESA *(automatico da sistema)*
  10. COMUNE IMPRESA *(automatico da sistema)*
  11. CAP IMPRESA *(automatico da sistema)*
  12. TELEFONO *(compilazione manuale)*
  13. NOMINATIVO RAPPRESENTANTE LEGALE *(compilazione manuale)*
  14. E-MAIL PEC LEGALE RAPPRESENTANTE *(compilazione manuale)*
  15. INDICARE IL CCNL APPLICATO *(compilazione manuale)*
  16. 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 (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., 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)*
* 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)
  1. SE SI, **ALLEGATO C** (*allegare file pdf*)
  2. DOCUMENTO DI IDENTITÀ LEGALE RAPPRESENTANTE IMPRESE BENEFICIARIE *(allegare file pdf)*
  3. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA IMPRESE BENEFICIARIE,***ALLEGATO E*** *(allegare file pdf)*

1. **ATTUATORI**
   1. SE ATI/ATS, SCEGLIERE TRA LE DUE OPZIONI:

□ ATI

□ ATS

* 1. DENOMINAZIONE DEL SOGGETTO ATTUATORE SE UNICO O DENOMINAZIONE SOGGETTO CAPOFILA SE ATI/ATS (*compilazione manuale, scelta singola*)
  2. REQUISITO SOGGETTO ATTUATORE *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Soggetto accreditato presso una delle Regioni italiane *(purché la Regione presso la quale il soggetto 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 di cui alle precedenti punti con non più di un soggetto per ciascun punto precedente
  + 1. INDIRIZZO SEDE LEGALE ATTUATORE (compilazione manuale)
    2. REGIONE ATTUATORE (compilazione manuale)
    3. PROVINCIA ATTUATORE (compilazione manuale)
    4. COMUNE ATTUATORE (compilazione manuale)
    5. CAP ATTUATORE (compilazione manuale)
    6. TELEFONO (compilazione manuale)
    7. E-MAIL ATTUATORE (compilazione manuale)
    8. NOMINATIVO LEGALE RAPPRESENTANTE (compilazione manuale)
    9. E-MAIL PEC LEGALE RAPPRESENTANTE (compilazione manuale)
    10. PARTITA IVA/CODICE FISCALE (compilazione manuale)
  1. 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. ANNI DI ESPERIENZA IN MATERIA DI RICERCA E/O DI FORMAZIONE SULLE TEMATICHE OGGETTO DELL’AVVISO (*compilazione manuale, scelta singola*)
* Fino a 5 anni (da 1)
* Da 6 anni e fino a 10 anni
* Oltre i 10 anni
  1. ADEGUATEZZA DEI FORMATORI (esperienza nella docenza o professionale connessa alla materia comprovata dai C.V. allegati*) (compilazione manuale, scelta singola*)
* Fino a 5 anni (da 1)
* Da 6 anni e fino a 10 anni
* Oltre i 10 anni
  1. FATTURATO COMPLESSIVO DEGLI ULTIMI 3 ESERCIZI PER LA SOLA FORMAZIONE CONTINUA
* Minore di 1.000.000
* Maggiore/Uguale 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 – IN CASO DI ATI/ATS, DEL SOLO CAPOFILA - **ALLEGATO P** (*allegare file pdf*)

**4.9.1** SE PERTINENTE, IN CASO DI ATI/ATS, ATTO SE COSTITUITA (*allegare file pdf*)

* 1. DENOMINAZIONE DELL’ENTE CHE HA RILASCIATO L’ACCREDITAMENTO O LA CETIFICAZIONE DI QUALITA’ (*compilazione manuale per tutti i soggetti attuatori*)
  2. DATA DI RILASCIO (*compilazione manuale per tutti i soggetti attuatori*)
  3. REGIONE DI ACCREDITAMENTO (*compilazione manuale per tutti i soggetti attuatori*)
  4. DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE IL POSSESSO DEL REQUISITO (*allegare file pdf, per tutti i soggetti attuatori*)

**ELENCO DEI DOCENTI COINVOLTI NEL PIANO**

* 1. Cognome e nome del DOCENTe (*compilazione manuale*)
  2. codice fiscale del DOCENTe (*compilazione manuale*)
  3. C.V. DOCENTe (*allegare file pdf con il codice fiscale del docente*)

**Possono essere inseriti tramite la funzione Aggiungi più docenti**

ATTRAVERSO LA FUNZIONE AGGIUNGI INSERIRE EVENTUALI ALTRI ATTUATORI, NEI LIMITI PREVISTI DALL’AVVISO, E COMPILARE I CAMPI 4.2 – TUTTO IL 4.3 – TUTTO IL CAMPO 4.4 – 4.8 – DAL 4.10 AL 4.13

1. **PROGETTI**
   1. TEMATICA PROGETTO (*compilazione manuale*

* Lingue straniere, italiano per stranieri
* 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 e formazione a sostegno dei processi di digitalizzazione aziendale
* Salvaguardia ambientale
* Tecniche, tecnologie e metodologie per l'erogazione di servizi economici
* Tecniche, tecnologie e metodologie per l’erogazione dei servizi sanitari
  1. SINTETICA DESCRIZIONE DEL PROGETTO *(compilazione manuale max n° 4.000 caratteri, inclusi spazi)*
  2. NUMERO ORE DI FORMAZIONE TOTALI PREVISTE NEL PROGETTO *(compilazione automatica dalla sezione moduli)*

1. **MODULI**
   1. TITOLO DEL MODULO *(compilazione manuale)*
   2. DURATA DEL MODULO IN ORE *(compilazione manuale))*
   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, inclusi spazi)*
   6. **TIPOLOGIA DELLA FORMAZIONE** (*scelta singola tra le opzioni*):

□ Formazione base

□ Formazione avanzata

□ Formazione specialistica

* 1. MODALITÀ DIDATTICA *(compilazione manuale, scelta singola)*
* 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
* Action learning
* FaD sincrona
* FaD asincrona
* Training on the job
* Coaching
  1. È 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*)

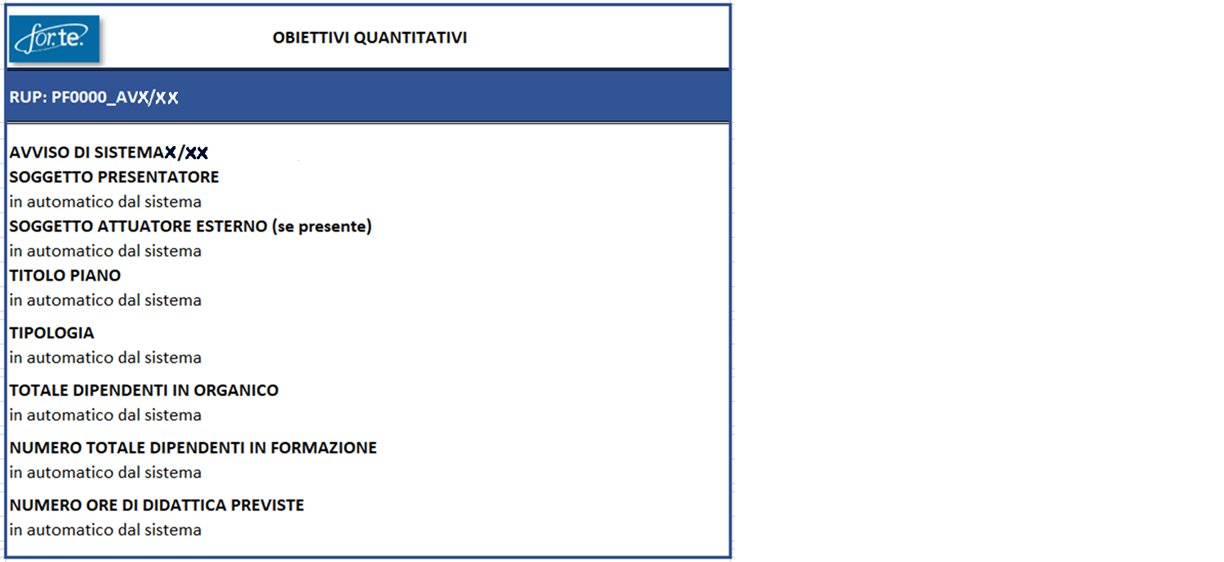
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Metodologia formativa** | **Nr. ore** | **Nr. Minuti** |
| ESPOSITIVA |  |  |
| LABORATORIO |  |  |
| PROJECT WORK |  |  |
| SIMULAZIONI |  |  |
| CASE HISTORY |  |  |
| ESERCITAZIONI, TEST |  |  |
| ACTIVE LEARNING |  |  |
| COMUNITA' DI PRATICA |  |  |
| AUTO APPRENDIMENTO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

* + 1. PERCENTUALE ORE DI FORMAZIONE INTERATTIVA (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)*
  4. ELENCO DELLE CONOSCENZE CHE I PARTECIPANTI AVRANNO ACQUISITO AL TERMINE DEL MODULO. Per i moduli che prevedano in uscita la sola acquisizione di conoscenze *(compilazione manuale max n° 7.500 caratteri, inclusi spazi)*
     1. INDICAZIONE DELLE MODALITÀ E STRUMENTI PER LA MESSA IN TRASPARENZA DELLE CONOSCENZE ACQUISITE E CONSEGUENTE RILASCIO DELL’OPEN BADGE (compilazione manuale max n° 7.500 caratteri, inclusi spazi)

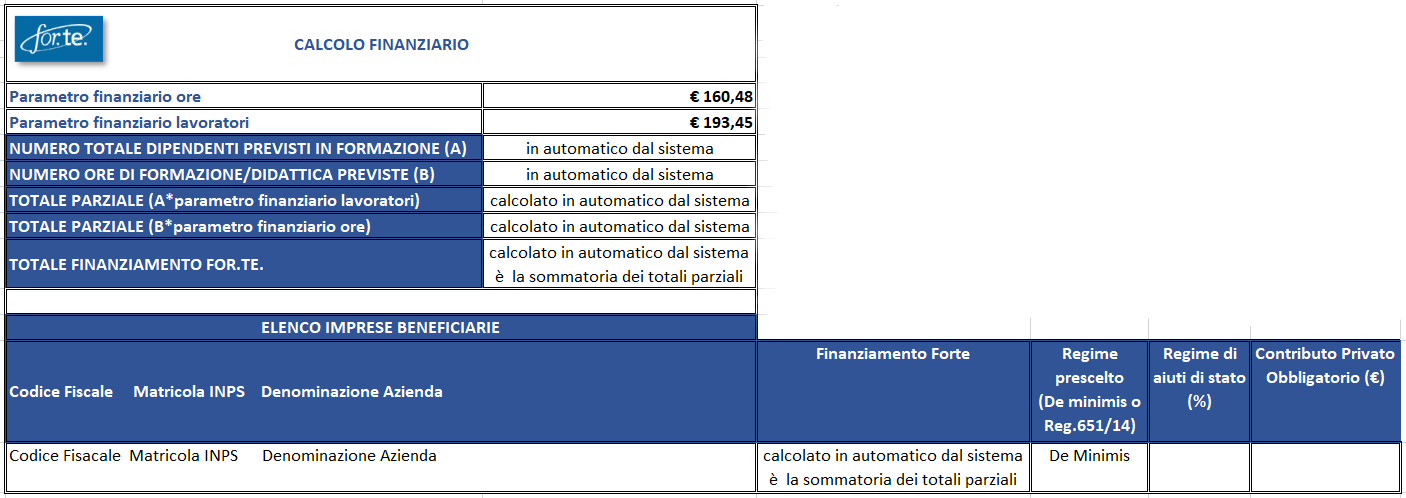
***o in alternativa***

* 1. DENOMINAZIONE DELLA COMPETENZA CHE I PARTECIPANTI AVRANNO ACQUISITO AL TERMINE DEL MODULO LADDOVE PREVISTA *(compilazione manuale max n° 5.000 caratteri*, *inclusi spazi)*
     1. ELENCO DELLA/E CONOSCENZA/E CHE COMPONGONO LA COMPETENZA (compilazione manuale max n° 7.500 caratteri, inclusi spazi)
     2. ELENCO DELLA/E ABILITÀ CHE COMPONGONO LA COMPETENZA (compilazione manuale max n° 7.500 caratteri, inclusi spazi)
     3. INDICAZIONE DELLE MODALITÀ E STRUMENTI PER LA MESSA IN TRASPAReNZA DELLA COMPETENZA ACQUISITA (compilazione manuale max n° 7.500 caratteri, inclusi spazi)
     4. ELENCO DELLE ATTESTAZIONI E/0 CERTIFICAZIONI RILASCIATE
* COMPENTENZE BADGE – FOR.TE.
* ALTRO (*ESEMPIO ECM, QUALIFICA compilazione manuale max n° 500 caratteri, inclusi spazi*)

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



* 1. SEZIONE CALCOLO FINANZIARIO PIANI DI TIPOLOGIA AZIENDALE



***I parametri finanziari in presentazione possono essere modificati solo in diminuzione***

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

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