

Allegato 2.1 – LEP F1

**PROGRAMMA GOL – GARANZIA DI OCCUPABILITA' DEI LAVORATORI
LEP F1 Accompagnamento al lavoro**

PROSPETTO ORE SVOLTE

DATI GENERALI		Autorizzazione n. D.D. n. 3010/2025	
SOGGETTO ESECUTORE			
BENEFICIARIO GOL (NOME E COGNOME)			
CODICE FISCALE (BENEFICIARIO GOL)			
DATA PRIMO APPUNTAMENTO			
PERCORSO GOL	PERCORSO 1 <input type="checkbox"/> PERCORSO 2* <input type="checkbox"/> PERCORSO 3* <input type="checkbox"/> PERCORSO 4* <input type="checkbox"/>		
CODICE IDENTIFICATIVO PATTO (a cura della Regione Molise)	N.		

ATTIVITA' SVOLTE – LEP F1				
DATA (gg/mm/aaaa)	ORARIO (dalle alle)	DESCRIZIONE ATTIVITA' SVOLTE (**)	NOME E COGNOME OPERATORE	FIRMA OPERATORE
			
			
			
			
			
			
			
TOTALE ORE COMPLESSIVE EROGATE				
TOTALE ORE LEP F1		N. _____		

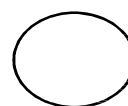
*per utenti inseriti nei percorsi 2, 3 o 4 (si ricorda di verificare che i beneficiari Gol a monte abbiano completato formazione breve o lunga durata nel programma GOL)

**attività elencate nella scheda di misura - Lep F1

Luogo e data _____

Timbro e firma del Soggetto Esecutore _____

Firma del Beneficiario GOL _____



MODELLO 2.2. LEP F3

**PROGRAMMA GOL – GARANZIA DI OCCUPABILITA' DEI LAVORATORI
LEP F3 – Incontro domanda e offerta**

PROSPETTO ORE SVOLTE

DATI GENERALI		Autorizzazione n. D.D. n. 3010/2025	
SOGGETTO ESECUTORE			
BENEFICIARIO GOL (NOME E COGNOME)			
CODICE FISCALE (BENEFICIARIO GOL)			
DATA PRIMO APPUNTAMENTO			
PERCORSO GOL	PERCORSO 1 <input type="checkbox"/> PERCORSO 2* <input type="checkbox"/> PERCORSO 3* <input type="checkbox"/> PERCORSO 4* <input type="checkbox"/>		
CODICE IDENTIFICATIVO PATTO (a cura della Regione Molise)	N.		

ATTIVITA' SVOLTE LEP – F3				
DATA (gg/mm/aaaa)	ORARIO (dalle alle)	DESCRIZIONE ATTIVITA' SVOLTE (**)	NOME E COGNOME OPERATORE	FIRMA OPERATORE
			
			
			
			
			
			
			
TOTALE ORE COMPLESSIVE EROGATE				
TOTALE ORE LEP F3		N. _____		

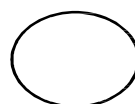
*per utenti inseriti nei percorsi 2, 3 o 4 (si ricorda di verificare che i beneficiari Gol a monte abbiano completato formazione breve o lunga durata nel programma GOL)

**attività elencate nella scheda di misura - Lep F3

Luogo e data _____

Timbro e firma del Soggetto Esecutore _____

Firma del Beneficiario GOL _____



INSERIMENTO LAVORATIVO (evidenziare la casella pertinente)				
TIPOLOGIA DI CONTRATTO	P1	P2	P3	P4
Contratto a tempo indeterminato e contratto di apprendistato di I e III livello	€ 1.612,50	€ 2.150,00	€ 2.687,50	€ 3.225,00
Apprendistato di II livello e contratto a tempo determinato ≥ 12 mesi	€ 1.075,00	€ 1.397,50	€ 1.720,00	€ 2.150,00
Contratto a tempo determinato 6 - 12 mesi	€ 645,00	€ 860,00	€ 1.075,00	€ 1.290,00

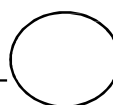
in ragione della quota di servizio remunerato a processo del LEP F1

INSERIMENTO LAVORATIVO (evidenziare la casella pertinente)				
TIPOLOGIA DI CONTRATTO	P1	P2	P3	P4
Contratto a tempo indeterminato e contratto di apprendistato di I e III livello	€ 1.213,10	€ 1.750,60	€ 2.088,40	€ 2.426,20
Apprendistato di II livello e contratto a tempo determinato ≥ 12 mesi	€ 675,60	€ 998,10	€ 1.120,90	€ 1.351,20
Contratto a tempo determinato 6 - 12 mesi	€ 245,60	€ 460,60	€ 475,90	€ 491,20

CODICE COB _____ (Allegare copia della comunicazione obbligatoria e del contratto di lavoro)

Luogo e data _____

Timbro e firma del Soggetto Esecutore _____



Firma del Beneficiario GOL _____

ALLEGATO 2.3 - LEP O**PROGRAMMA GOL – GARANZIA DI OCCUPABILITA' DEI LAVORATORI
LEP O – Supporto all'autoimpiego****PROSPETTO ORE SVOLTE**

DATI GENERALI		Autorizzazione n. D.D. n. 3010/2025	
SOGGETTO ESECUTORE			
BENEFICIARIO GOL (NOME E COGNOME)			
CODICE FISCALE (BENEFICIARIO GOL)			
DATA PRIMO APPUNTAMENTO			
PERCORSO GOL	PERCORSO 1 <input type="checkbox"/> PERCORSO 2* <input type="checkbox"/> PERCORSO 3* <input type="checkbox"/> PERCORSO 4* <input type="checkbox"/>		
CODICE IDENTIFICATIVO PATTO (a cura della Regione Molise)	N.		

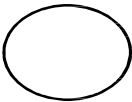
ATTIVITA' SVOLTE - LEP O				
DATA (gg/mm/aaaa)	ORARIO (dalle alle)	DESCRIZIONE ATTIVITA' SVOLTE (**)	NOME E COGNOME OPERATORE	FIRMA OPERATORE
	__ : __ __ : __			
	__ : __ __ : __			
	__ : __ __ : __			
	__ : __ __ : __			
	__ : __ __ : __			
	__ : __ __ : __			
	__ : __ __ : __			
TOTALE ORE COMPLESSIVE EROGATE				
TOTALE ORE LEP O		N. _____		

*per utenti inseriti nei percorsi 2, 3 o 4 (si ricorda di verificare che i beneficiari Gol a monte abbiano completato formazione breve o lunga durata nel programma GOL)

**attività elencate nella scheda di misura - Lep O

Luogo e data_____

Timbro e firma del Soggetto Esecutore_____



Firma del Beneficiario GOL__