



ALLEGATO B.1

A CURA DELL'AMMINISTRAZIONE

▪ Data e numero di Protocollo:

▪ Numero progressivo di arrivo:

**INTERVENTI DI FORMAZIONE CONTINUA AD INIZIATIVA AZIENDALE
L. 236/1993, ART. 9, COMMA 3
L. 53/2000 ART. 6, COMMA 4
AZIONI DI FORMAZIONE AZIENDALE, TERRITORIALE E SETTORIALE**

PROPOSTA DI CORSO DI FORMAZIONE STRUTTURATO

ALLA REGIONE:

TITOLO DEL CORSO (con l'indicazione dell'eventuale acronimo) nel rispetto delle indicazioni contenute nella D.G.R. n.752 del 15 luglio 2008 "Sistema Regionale delle Competenze Professionali" e successive integrazioni e modificazioni

TIPOLOGIA FORMATIVA

☐ Corso formativo Aziendale ☐ Corso formativo Settoriale ☐ Corso formativo Territoriale

TIPOLOGIA DEL CORSO

☐ Formazione Specifica ☐ Formazione Generale

5. NATURA DELL'INTERVENTO PROPOSTO

DURATA DEL PROGETTO IN ORE E MESI

Ore: _____ Mesi: _____

AZIONI FINANZIABILI

☐ Formazione Diretta ☐ Formazione Indiretta

ALTRO

☐ Corso aziendale ☐ Corso pluriaziendale Totale imprese coinvolte

CERTIFICAZIONE DA RILASCIARE

☐ **Attestato di Qualifica Regionale- Specializzazione**(verificare somme nella voce "E")
☐ **Certificazione intermedia di percorso** (finalizzata al rilascio dell'Attestato di Qualifica Regionale)
☐ **Attestato di Qualifica non Regionale- Specificare la Legge ed il nome**
☐ **Dichiarazione di competenze**
☐ **Attestato di frequenza**
☐ **Altro (specificare)**.....

CERTIFICAZIONE INTERMEDIA

Formazione di proseguimento, indicare il numero di edizioni che occorrono per il raggiungimento della qualifica ☐

GRIGLIA DI SINTESI

Data prevista di avvio	
Data prevista di conclusione	
N. lavoratori coinvolti (di cui donne, soggetti con disabilità, immigrati ecc.)	
Totale ore formazione previste (<i>numero dei lavoratori x ore pro-capite</i>)	
Costo totale dell'intervento	€.
Contributo pubblico	€.
Contributo privato	€.
Cofinanziamento con i Fondi Interprofessionali	€.

0. DATI IDENTIFICATIVI DEGLI ALLIEVI COIN VOLTI

● Partecipazione utenza femminile;

☐

● Partecipazione utenza con disabilità;

☐

● Partecipazione utenza emigrati;

☐

● Partecipazione utenza over 45;

☐

● Partecipazione utenza che non hanno mai usufruito di corsi di aggiornamento;

☐

1. DATI IDENTIFICATIVI IMPRESA/E INTERESSATA/E ALL'ATTIVITÀ FORMATIVA

Per i corsi pluriaziendali riprodurre la presente scheda in numero pari alle imprese coinvolte nel corso

▪ Denominazione: Codice Fiscale e partita IVA: Sede legale (indirizzo completo): Rappresentante legale: Anno di costituzione: ▪ Tipologia di impresa: <table><tr><td>☐Pubblica</td><td>☐Privata</td><td>☐Consorzio di imprese</td></tr><tr><td>☐Piccola</td><td>☐Media</td><td>☐Grande</td></tr><tr><td>☐Agricoltura</td><td>☐Industria</td><td>☐Terziario</td></tr></table> ▪ Codice ISTAT/ATECO corrispondente all'impresa: ▪ Addetti: ☐ fino a 15 ☐ 15-49 ☐ 50-249 ☐ 250-499 ☐ 500 ed oltre				☐ Pubblica	☐ Privata	☐ Consorzio di imprese	☐ Piccola	☐ Media	☐ Grande	☐ Agricoltura	☐ Industria	☐ Terziario
☐ Pubblica	☐ Privata	☐ Consorzio di imprese										
☐ Piccola	☐ Media	☐ Grande										
☐ Agricoltura	☐ Industria	☐ Terziario										
Sede/i produttiva/e nella Regione Molise: (CAP, Comune, Indirizzo, Tel., Fax, Mail)												
Contributo pubblico per singola impresa (max €._____ per impresa)	Contributo privato per singola impresa (min. 20% del costo totale per impresa)	Cofinanziamento (Fondi Interprofessionali)	Costo Totale €._____									

▪ Organico aziendale attuale	
Apprendisti	
Operai comuni e/o qualificati	
Operai specializzati	
Dipendenti in C.I.G. / e C.I.G.S. non in deroga	
Impiegati amministrativi e tecnici	
Quadri e Dirigenti	
Totale	

▪ Andamento organico nell'ultimo triennio	
Negativo	
Invariato	
Positivo Da +1% a +10%	
Positivo Oltre +10%	
Licenziati/dimessi nell'ultimo triennio	n.

▪ Tipologie contrattuali dei dipendenti		
	Contratto a tempo indeterminato	%
	Contratto a tempo determinato	%
	Contratto interinale	%
	Contratto a progetto	%
	Contratto d'apprendistato	%
	Altre forme contrattuali	%
	Totale	100 %

1.1 ORGANIZZAZIONE AZIENDALE E CARATTERISTICHE PRINCIPALI DELLE RISORSE UMANE

(Ricostruire l'organigramma aziendale e descrivere, attraverso l'ausilio di tabelle, ruoli e caratteristiche delle risorse umane - età, sesso, livello di scolarizzazione, anzianità aziendale, appartenenti a categorie protette, ecc. Indicare, inoltre, con precisione le caratteristiche delle risorse umane che beneficeranno dell'intervento formativo).

--	--

1.2 SITUAZIONE AZIENDALE

	2007	2008	2009
Capitale sociale	€.	€.	€.
Risultato d'esercizio	€.	€.	€.
Fatturato	€.	€.	€.

1.3 ALTRE INFORMAZIONI UTILI A DESCRIVERE LA SITUAZIONE AZIENDALE

--	--

1.4 RICORSO ALLA CIG OVVERO AD ALTRI AMMORTIZZATORI SOCIALI NEGLI ULTIMI TRE ANNI

2. SOGGETTO PRESENTATORE DELL'AZIONE ED ANAGRAFICA

)

• Tipologia del soggetto presentatore

- ☐ Azienda
☐ Associazione Temporanea di Impresa (A.T.I.) → Indicare il Capofila
☐ Associazione Temporanea di Scopo (A.T.S.)
☐ Consorzio di imprese

• Denominazione:

• Indirizzo:

• Città e CAP:

• Telefono: • Fax: • E-mail:

• Legale Rappresentante: • Persona da Contattare:

• Telefono: • E-mail:

3. SOGGETTO/I ATTUATORE/I DELL'AZIONE ED ANAGRAFICA

• Tipologia del soggetto attuatore

- ☐ Azienda
☐ Agenzia Formativa accreditata per la formazione continua
☐ Associazione di Categoria
☐ Ente Bilaterale
☐ Associazione Temporanea di Impresa (A.T.I.)
☐ Associazione Temporanea di Scopo (A.T.S.)
☐ Consorzio di imprese

• Denominazione:

• Indirizzo:

• Città e CAP:

• Telefono: • Fax: • E-mail:

• Legale Rappresentante: • Persona da Contattare:

• Telefono: • E-mail:

• Tipologia del soggetto attuatore

- ☐ Azienda
- ☐ Agenzia Formativa accreditata per la formazione continua
- ☐ Associazione di Categoria
- ☐ Ente Bilaterale
- ☐ Associazione Temporanea di Impresa (A.T.I.)
- ☐ Associazione Temporanea di Scopo (A.T.S.)
- ☐ Consorzio di imprese

• Denominazione:

• Indirizzo:

• Città e CAP:

• Telefono: • Fax: • E-mail:

• Legale Rappresentante: • Persona da Contattare:

• Telefono: • E-mail:

• Tipologia del soggetto attuatore

- ☐ Azienda
- ☐ Agenzia Formativa accreditata per la formazione continua
- ☐ Associazione di Categoria
- ☐ Ente Bilaterale
- ☐ Associazione Temporanea di Impresa (A.T.I.)
- ☐ Associazione Temporanea di Scopo (A.T.S.)
- ☐ Consorzio di imprese

• Denominazione:

• Indirizzo:

• Città e CAP:

• Telefono: • Fax: • E-mail:

• Legale Rappresentante: • Persona da Contattare:

• Telefono: • E-mail:

• Tipologia del soggetto attuatore

☐ Azienda
☐ Agenzia Formativa accreditata per la formazione continua
☐ Associazione di Categoria
☐ Ente Bilaterale
☐ Associazione Temporanea di Impresa (A.T.I.)
☐ Associazione Temporanea di Scopo (A.T.S.)
☐ Consorzio di imprese

• Denominazione:

• Indirizzo:

• Città e CAP:

• Telefono: • Fax: • E-mail:

• Legale Rappresentante: • Persona da Contattare:

• Telefono: • E-mail:

• Tipologia del soggetto attuatore

☐ Azienda
☐ Agenzia Formativa accreditata per la formazione continua
☐ Associazione di Categoria
☐ Ente Bilaterale
☐ Associazione Temporanea di Impresa (A.T.I.)
☐ Associazione Temporanea di Scopo (A.T.S.)
☐ Consorzio di imprese

• Denominazione:

• Indirizzo:

• Città e CAP:

• Telefono: • Fax: • E-mail:

• Legale Rappresentante: • Persona da Contattare:

• Telefono: • E-mail:

3.1 GRIGLIA RIASSUNTIVA ATTIVITA' PROGETTUALI DEI SOGGETTI ATTUATORI (partner di progetto)

(Descrivere per ogni soggetto partner le informazioni richieste utilizzando la tabella sottostante. Se necessario, ampliare la tabella per quanti sono i partner del progetto)

N.	Informazioni sul partner		Quota di partecipazione nel progetto in % (1)
1	Denominazione →		
	Descrizione sintetica delle competenze maturate	☐ Realizzazione di attività (specificare)	

		☐ Partecipazione ad attività previste (<i>specificare</i>)	
		☐ Altro (<i>specificare</i>)	
			Totale

N.	Informazioni sul partner		Quota di partecipazione nel progetto (1)
2	Denominazione →		
	Descrizione sintetica delle competenze maturate	☐ Realizzazione di attività (<i>specificare</i>)	
		☐ Partecipazione ad attività previste (<i>specificare</i>)	
		☐ Altro (<i>specificare</i>)	
			Totale

(1) Indicare la quota di partecipazione del partner nel progetto in termini percentuali (%) sul totale del valore del progetto, riportando in calce alla tabella, la percentuale complessiva.

3.1 RICHIESTA DI PARERE DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI PIU' RAPPRESENTATIVE A LIVELLO REGIONALE **MODIFICARE**

Allegare il verbale dell'incontro tra le parti.

4. FINALITA' E MOTIVAZIONI DELL'INTERVENTO

(Descrivere il contributo che l'azione progettuale intende apportare - obiettivo generale del corso - rispetto al fabbisogno espresso dall'impresa/imprese richiedenti l'intervento. Fare emergere la finalizzazione dell'attività proposta rispetto al contesto aziendale dell'impresa/imprese di riferimento, compresa la coerenza di integrazione con i piani di sviluppo aziendale ove esistenti (criticità-opportunità-bisogni formativi, ecc.)

5. NATURA DELL'INTERVENTO PROPOSTO

L'intervento proposto è una riedizione di un corso precedentemente svolto?

☐ NO

☐ SI (Se SI, indicare le motivazioni che ne inducono la riedizione)

.....

.....

L'intervento proposto è la prosecuzione di un corso precedentemente?

☐ NO

☐ SI (Se SI, indicare le motivazioni che ne inducono la prosecuzione ed i tempi in anni)

.....

.....

L'intervento di prosecuzione si conclude con il rilascio di una qualifica professionale.

☐ SI (indicare la qualifica ed in quante edizioni **si intende portarla a termine**)

.....

5.1 INDICARE GLI INTERVENTI DI FORMAZIONE CONTINUA GIA' ATTUATI

Azienda/e	Anno	Tipologia finanziamento		Contributo pubblico ricevuto
		Legge n. 236/93	Legge n. 53/00	
		☐	☐	€.
		☐	☐	€.
		☐	☐	€.
		☐	☐	€.
		☐	☐	€.
		☐	☐	€.

6. AREE DI INTERVENTO FORMATIVO

☐ Qualità
 ☐ Innovazione tecnologica

☐ Innovazione organizzativa
 ☐ Sicurezza e protezione ambientale

☐ Altro (specificare)

7. METODOLOGIE UTILIZZATE

(illustrare le metodologie di intervento, anche didattiche, che si intendono attivare per la realizzazione del corso)

8. ARTICOLAZIONE DELL'INTERVENTO

(In presenza di un corso articolato sulla base delle esigenze dei lavoratori in più azioni, explicitare, per ogni azione: obiettivi, durata, metodologie utilizzate, ecc.)

- | |
|--|
| <p>1. Denominazione Azione:</p> <p>Obiettivi:</p> <p>Contenuti formativi:</p> <p>Competenze in esito (essere in grado di):</p> <p>Metodologie utilizzate:</p> <p>Modalità di verifica e valutazione:</p> <p>Numero totale delle ore di formazione per azione (numero lavoratori x ora pro-capite):</p> <p>2. Denominazione Azione:</p> <p>Obiettivi:</p> <p>Contenuti formativi:</p> <p>Competenze in esito (essere in grado di):</p> <p>Metodologie utilizzate:</p> <p>Modalità di verifica e valutazione:</p> <p>Numero totale delle ore di formazione per azione (numero lavoratori x ora pro-capite):</p> <p>3. Denominazione Azione:</p> <p>Obiettivi:</p> <p>Contenuti formativi:</p> <p>Competenze in esito (essere in grado di):</p> <p>Metodologie utilizzate:</p> <p>Modalità di verifica e valutazione:</p> <p>Numero totale delle ore di formazione per azione (numero lavoratori x ora pro-capite):</p> |
|--|

Totale n. Azioni:	Totale ore di formazione:
Totale lavoratori in formazione:	Totale lavoratrici in formazione:

8.1 RISORSE PROFESSIONALI/TECNOLOGICHE/ORGANIZZATIVE

(Descrivere le risorse professionali, tecnologiche ed organizzative impiegate per la realizzazione dell'azione progettuale)

--

8.2 ESITI ATTESI DELL'INTERVENTO

A) Relativamente ai lavoratori in formazione

--

B) Relativamente all'impresa/e

--

8.3 MONITORAGGIO E VERIFICA

(Descrivere le modalità di rilevazione dell'andamento progettuale e di verifica del percorso formativo erogato)

--

--

9. SEDE/I DI SVOLGIMENTO

(Indicare la sede/i di svolgimento del percorso formativo; qualora il percorso sia realizzato in più sedi, fornire le indicazioni relative, specificando per ciascuna di esse: luogo, recapiti, ore di svolgimento, numero partecipanti)

--

9.1. SEDE/I DI SVOLGIMENTO DEGLI STAGES

(Indicare la sede/i di svolgimento degli Stages, indicandone la Regione e l'indirizzo)

--

10. SE PREVISTE, INDICARE LE COLLABORAZIONI CON ENTI, IMPRESE, SCUOLE, ATENEI, ISTITUTI DI RICERCA, SPECIFICANDO, PER CIASCUNA COLLABORAZIONE, IL RUOLO E LE MODALITA' ATTUATIVE E LA QUOTA IN % A LORO ASSEGNATA

N. ____	DENOMINAZIONE SOGGETTO	OBIETTIVI DI RUOLO
..... 		
		DESCRIZIONE ATTIVITA'
		OBIETTIVI DELL'ATTIVITA'
		MODALITA' ATTUATIVE

N. ____	DENOMINAZIONE SOGGETTO	OBIETTIVI DI RUOLO
..... 		
		DESCRIZIONE ATTIVITA'
		OBIETTIVI DELL'ATTIVITA'
		MODALITA' ATTUATIVE

11. PREVENTIVO DI SPESA DELL'ATTIVITÀ **CORSUALE**

SCHEMA DI PREVENTIVO

Imprese	Contributo pubblico richiesto	Contributo privato	Cofinanziamento Fondi Interprof.	Costo totale corso
1	€.	€.		€.
2	€.	€.		€.
3	€.	€.		€.
4	€.	€.		€.

12. PREVENTIVO COMPOSIZIONE DI SPESA DELL'ATTIVITÀ

A) COSTI PERSONALE DOCENTE

Voci di spesa	Importo complessivo	Contributo pubblico	Contributo privato	Cofinanziamento Fondi Interprof.
Docenti				
Codocenti				
Tutor				
Subtotale A				

B) SPESE TRASPORTO, ALLOGGI, DEI DOCENTI, CODOCENTI, TUTOR E DEGLI ALLIEVI

Voci di spesa	Importo complessivo	Contributo pubblico	Contributo privato	Cofinanziamento Fondi Interprof.
Vitto e alloggio Docenti Codocenti e Tutor				
Spese viaggio Docenti, Codocenti e Tutor				
Vitto e Alloggio Allievi				
Spese Viaggio Allievi (per stages)				
INAIL Docenti, Codocenti, Tutor e Allievi				
Subtotale B				

C) SPESE CORRENTI, QUALI MATERIALI E FORNITURA, CON ATTINENZA DIRETTA AL CORSO

Voci di spesa	Importo complessivo	Contributo pubblico	Contributo privato	Cofinanziamento Fondi Interprof.
Materiale didattico per Allievi				
Dispense (devono essere specifiche per l'attività corsuale e cedute alla Regione Molise)				
Subtotale C				

D) AMMORTAMENTO DEGLI STRUMENTI E DELLE ATTREZZATURE, AD USO ESCLUSIVO DEL CORSO

Voci di spesa	Importo complessivo	Contributo pubblico	Contributo privato	Cofinanziamento Fondi Interprof.
Ammortamento Attrezzature e Strumenti				
Affitto Attrezzature e Strumenti				
Subtotale D				

E) COSTI DEI SERVIZI DI CONSULENZA E SULL'INIZIATIVA DI FORMAZIONE

Voci di spesa	Importo complessivo	Contributo pubblico	Contributo privato	Cofinanziamento Fondi Interprof.
Progettazione				
Spese Esami di Qualifica				
Altre spese (direttamente collegate al corso formativo)				
Subtotale E				

F) COSTI PER SPESE GENERALI INDIRETTE (spese amministrative, locazione, spese generali), A CONCORRENZA DEL TOTALE DEGLI ALTRI COSTI AMMISSIBILI DI CUI ALLE LETTERE DA a) ad e).

Voci di spesa	Importo complessivo	Contributo pubblico	Contributo privato	Cofinanziamento Fondi Interprof.
Direzione o Coordinamento				
Amministrativo				
Altro Personale				
Fitto Locali				
Fitto e Ammortamento Attrezzature e Strumentazione				
Materiale per Segreteria				
Spese Generali				
Subtotale F				

G) COSTI DI PERSONALE PER I PARTECIPANTI AL CORSO DI FORMAZIONE (ALLIEVI SOLO CARICO PRIVATO)

Voci di spesa	Importo complessivo	Contributo pubblico	Contributo privato	Cofinanziamento Fondi Interprof.
Costi del personale allievi partecipante al corso di formazione (allievi)		NON INDICARE NELLA COLONNA		
Subtotale D				

TOTALE COSTO DEL CORSO

Voci di spesa	Importo complessivo	Contributo pubblico	Contributo privato	Cofinanziamento Fondi Interprof.
GRUPPO A				
GRUPPO B				
GRUPPO C				
GRUPPO D				
GRUPPO E				
GRUPPO F				
GRUPPO G		NON INDICARE NELLA COLONNA		
TOTALE				

COSTO ORA ALLIEVO CALCOLATO SUL CONTRIBUTO PUBBLICO RICHIESTO
*(Contributo pubblico richiesto **diviso** il totale ore di formazione previste **diviso** gli allievi)*

€._____. (_____) Max € 8,00

COSTO DEL LAVORO DEI LAVORATORI AMMESSI ALLE ATTIVITÀ

Costo orario (*media, decurtata dei costi inerenti la produzione*) dei lavoratori coinvolti nel corso: €.
Totale ore di formazione:

Il modulo va compilato per ogni Impresa

Prospetto informativo per D.U.R.C.

1	Denominazione	
2	Sede Legale	
4	Indirizzo sede legale	
3	Sede Operativa	
4	Indirizzo sede attività	
5	Settore di appartenenza (Codice ATECO)	
6	Posizione assicurativa INPS	
7	Posizione assicurativa INAIL	
8	C.C.N.L. applicato	
9	Impresa	
10	Numero dipendenti	
9	Nunero fax	
10	e-mail	

**DICHIARAZIONE DI AUTENTICITA' DELLE INFORMAZIONI
CONTENUTE NEL FORMULARIO**

Il sottoscritto _____

Nato a _____ Provincia _____ il _____

Residente a _____

CAP _____ Via _____ Provincia _____

in qualità di rappresentante legale dell'Impresa/A.T.I./A.T.S.
_____, presentatore del progetto in esame, ai sensi
dell'art.21, art.47 e art.76 del D.P.R. n.445/00, consapevole delle responsabilità penali cui può
andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

che le informazioni contenute nel presente formulario, che consta di n. ____ pagine, corrispondono
al vero.

Lugo e Data _____

Il Legale Rappresentante

(firma e timbro)

IMPORTANTE: Allegare la fotocopia del documento di identità del dichiarante valida, ai sensi dell'art.38 d.P.R. 445/00.