**AVVISO 4/19 - SSS**

**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
* ATI/ATS
* Gruppo di imprese
* Rete di imprese
	1. FINALITÀ DEL PIANO *(**compilazione manuale, scelta multipla)*
* All'aggiornamento continuo
* Alla riqualificazione professionale
* All'adeguamento e alla riconversione delle competenze professionali
* Alla promozione delle pari opportunità
	1. AMBITI CUI SI RIFERISCE IL PIANO FORMATIVO (*compilazione manuale, scelta multipla*)
* Area Psicorelazionale
* Area Clinical Governance e Gestione del Rischio
* Area Competenze tecniche, anche finalizzate all’acquisizione di qualifiche
* Area Innovazione Tecnologica
* Area alimentazione, cura e pulizia degli ambienti
* Area management risorse umane e strumentazione
* Area amministrativa, compresa la corretta rilevazione ed il controllo dei costi delle prestazioni sanitarie.
	1. TERRITORIO COINVOLTO (*compilazione manuale, scelta multipla)*
* Abruzzo
* Basilicata
* Calabria
* Campania
* Emilia-Romagna
* Friuli-Venezia Giulia
* Lazio
* Liguria
* Lombardia
* Marche
* Molise
* Piemonte
* Puglia
* Sardegna
* Sicilia
* Toscana
* Trentino-Alto Adige
* Umbria
* Veneto
* Valle D'Aosta
	1. TOTALE DIPENDENTI *(**compilazione automatica dalla sezione delle beneficiarie)*
	2. NUMERO TOTALE DIPENDENTI IN FORMAZIONE NEL PIANO *(compilazione automatica dalla sezione delle beneficiarie)*
	3. MONTE ORE DI FORMAZIONE/DIDATTICA PREVISTE NEL PIANO *(compilazione automatica dalla sezione delle beneficiarie)*
	4. TOTALE PERCENTUALE ORE DI FORMAZIONE INTERATTIVA *(compilazione automatica dalla sezione moduli)*
	5. MONTE ORE FORMAZIONE/ALLIEVO PREVISTE NEL PIANO *(compilazione automatica dalla sezione moduli)*
	6. PERCENTUALE ORE FORMAZIONE BASE (*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. DECLINAZIONE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI E DEI RISULTATI ATTESI (*compilazione manuale max n° 5.000 caratteri*)
	11. DESCRIZIONE DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL PIANO *(compilazione manuale max n° 4.000 caratteri)*
	12. DESCRIZIONE DELL’IMPIANTO COMPLESSIVO DEL PIANO *(compilazione manuale max n° 5.000 caratteri)*
	13. ASSISTENZA TECNICA SPECIALISTICA / ASSISTENZA BILATERALITA’ *(compilazione manuale, scelta singola)*
* SI
* NO
	+ 1. SE SI’, ALLEGARE FILE IN PDF
	1. 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)*
		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*)
	3. SE PERTINENTE, IN CASO DI ATI/ATS, SCEGLIERE TRA LE DUE OPZIONI:

□ ATI

□ ATS

* 1. DENOMINAZIONE SOGGETTO PRESENTATORE *(automatico da sistema) IN CASO DI ATI/ATS LA DENOMINAZIONE È QUELLA DEL CAPOFILA*
	2. NATURA DEL PRESENTATORE *(compilazione manuale)*
	3. SE PERTINENTE, DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA NATURA CONSORZIO O GRUPPO DI IMPRESA O RETE D’IMPRESA PRESENTATORE *(allegare file pdf - Consultare la Guida per la scelta del format, G o H o I)*

2.6.1 ALLEGARE ATTO SE GIA’ COSTITUITA *(allegare un file pdf)*

* 1. INDIRIZZO SEDE LEGALE *(compilazione automatica)*
	2. REGIONE *(compilazione automatica)*
	3. PROVINCIA *(compilazione automatica)*
	4. COMUNE *(compilazione automatica)*
	5. CAP *(compilazione automatica)*
	6. TELEFONO *(compilazione manuale)*
	7. DATI LEGALE RAPPRESENTANTE *(compilazione manuale)*
	8. E-MAIL PEC LEGALE RAPPRESENTANTE *(compilazione manuale)*
	9. 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, **FORMAT C** (allegare file pdf)
	1. DOCUMENTO DI IDENTITÀ LEGALE RAPPRESENTANTE SOGGETTO PRESENTATORE (*allegare file pdf*)
	2. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA SOGGETTO PRESENTATORE (*allegare file pdf - Consultare la Guida per la scelta del format*)
	3. NOMINATIVO DIRETTORE DEL PIANO *(compilazione manuale)*
		1. NOMINA DIRETTORE DEL PIANO DA FORMAT L (allegare pdf)
		2. DOCUMENTO DI IDENTITA’ DEL DIRETTORE DEL PIANO (allegare file pdf)
		3. ORGANISMO DI APPARTENENZA DIRETTORE DEL PIANO (compilazione manuale, scelta singola)
* Presentatore
* Persona fisica (consulente / libero professionista)
* Attuatore/i
	+ 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)*
	2. INDIRIZZO *(compilazione manuale)*
	3. PROVINCIA *(compilazione manuale)*
	4. COMUNE *(compilazione manuale)*
	5. CAP *(compilazione manuale)*
	6. E-MAIL *(compilazione manuale)*
	7. TELEFONO *(compilazione manuale)*
	8. NUMERO ISCRIZIONE ALBO DEI REVISORI CONTABILI *(compilazione manuale)*

IN CASO DI ATI/ATS, PER LE MANDANTI INSERIRE I DATI DAL CAMPO 2.1 AL CAMPO 2.17

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. DENOMINAZIONE AZIENDA *(automatico da sistema)*
	4. MATRICOLE INPS ATTIVE E ADERENTI A FORTE *(automatico da sistema)*
	5. INDIRIZZO SEDE LEGALE IMPRESA *(compilazione manuale)*
	6. CONFERMA INDIRIZZO SEDE LEGALE? (compilazione manuale, scelta singola)
* SI
* NO

**3.7.1** 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 Tabella di raccordo pubblicata dal Fondo)*
	10. NUMERO TOTALE DIPENDENTI IN ORGANICO PER I QUALI L’AZIENDA VERSA LO 0,30% *(automatico da sistema)*
	11. 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. 651/14)
* DE MINIMIS (REG. 1407/13)
	1. SE REG. 1407/13 INDICARE I CONTRIBUTI PUBBLICI CONCESSI NEGLI ULTIMI TRE ESERCIZI FINANZIARI, COMPRESO QUELLO IN CORSO (*compilazione manuale, inserire anni e contributi*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Anno** | **Contributi concessi** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. SE REG. 651/14, 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 651/2014)*
	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)
	1. SE SI, **FORMAT C** *(allegare file pdf)*
	2. DOCUMENTO DI IDENTITÀ LEGALE RAPPRESENTANTE IMPRESE BENEFICIARIE *(allegare file pdf)*
	3. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA IMPRESE BENEFICIARIE *(allegare file pdf – Consultare la guida per la scelta del format)*
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
	+ 1. NATURA DEL SOGGETTO ATTUATORE (compilazione manuale, scelta singola)
* Istituto scolastico pubblico o privato
* Università
* Agenzia formativa
* Società di consulenza e/o formazione
* Istituto, Centro o Società di ricerca pubblico o privato
	+ 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, **FORMAT 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*) (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 – **FORMAT F** (*allegare file pdf*)
	2. DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE I REQUISITI DEI SOGGETTI ATTUATORI (*allegare file pdf),* ***IN CASO DI ATI/ATS ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE PER IL CAPOFILA***
	3. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTUATORE – IN CASO DI ATI/ATS, DEL SOLO CAPOFILA (*allegare file pdf* – FORMAT E.)

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

* 1. C.V. DOCENTI (*allegare file pdf con il nominativo del docente*)

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 – 4.9 – 4.10

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
* 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° 3.000 caratteri)*
	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, inserire valori da 0 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. **TIPOLOGIA DELLA FORMAZIONE** (*scelta singola tra le opzioni*):

□ Formazione base

□ Formazione avanzata

□ Formazione specialistica

* 1. NUMERO E DESCRIZIONE DELLE RISORSE UMANE IMPIEGATE NELLA REALIZZAZIONE DEL PIANO, ESCLUSI I DESTINATARI DELLA FORMAZIONE, E DEGLI STRUMENTI UTILIZZATI (*compilazione* *manuale max n° 5.000 caratteri*)
	2. MODALITÀ DIDATTICA *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Collettiva
* Individuale
	+ 1. SE COLLETTIVA (compilazione manuale, scelta singola)
* Parametro per ora di docenza (max 240€)
* Parametro per ora di formazione / partecipante (max 24€)

N.B. ANCHE FAD SE IN MODALITA’ SINCRONA

* + 1. PARAMETRO FINANZIARIO APPLICATO (compilazione manuale, inserire il valore in euro)
		2. SE INDIVIDUALE (compilazione manuale, scelta singola)
* Parametro per ora di docenza in modalità FAD ASINCRONA (max 24€)
* Parametro per ora di formazione individuale (max 50€)
	+ 1. PARAMETRO FINANZIARIO APPLICATO (compilazione manuale, inserire il valore in euro)
	1. MODALITÀ FORMATIVA DEL MODULO *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Seminari
* Orientamento
* Bilancio delle competenze
* Partecipazione a convegni, workshop
* Affiancamento (Training on the job)
* Aula
* Formazione a distanza
* Outdoor
* Coaching
	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 (compilazione automatica)
	1. ELENCO IMPRESE BENEFICIARIE ASSOCIATE AL MODULO E PER OGNUNA INDICARE IL NUMERO DEI LAVORATORI COINVOLTI *((scelta multipla da elenco delle beneficiarie inserite e compilazione manuale del numero dei lavoratori)*
	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° 500 caratteri)*
		1. INDICAZIONE DELLE MODALITÀ E STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE (compilazione manuale max n° 500 caratteri)
		2. ELENCO DELLE EVENTUALI ATTESTAZIONI RILASCIATE (compilazione manuale max n° 500 caratteri)

**o in alternativa**

* 1. DENOMINAZIONE DELLA COMPETENZA CHE I PARTECIPANTI AVRANNO ACQUISITO AL TERMINE DEL MODULO LADDOVE PREVISTA *(compilazione manuale max n°200 caratteri)*
		1. ELENCO DELLA/E CONOSCENZA/E CHE COMPONGONO LA COMPETENZA compilazione manuale max n° 500 caratteri)
		2. ELENCO DELLA/E ABILITÀ CHE COMPONGONO LA COMPETENZA (compilazione manuale max n° 500 caratteri)
		3. INDICAZIONE DELLE MODALITÀ E STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE (compilazione manuale max n° 500 caratteri)
		4. ELENCO DELLE ATTESTAZIONI E/0 CERTIFICAZIONI RILASCIATE (compilazione manuale max n° 500 caratteri)

Terminata la compilazione di tutti i moduli per tutti i progetti sarà visualizzata una tabella riassuntiva:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Titolo piano formativo (RUP) [numero destinatari; monte ore complessive DIDATTICA] |
|  | Titolo Progetto 1 (Area tematica)n. totale Partecipanti (somma dai moduli)Ore totali di didattica (somma dai moduli) |
| Titolo Modulo 1 (da 6.1) | N. aziende associate(da 6.8) | Numero partecipanti (da 6.9) | Ore modulo (da 6.2) | N. edizioni (da 6.3) | Modalità didattica (da 6.5) | Modalità formativa (da 6.6) | % ore interattive (da 6.7.1) | Parametro finanziario (da 6.5.2 o da 6.5.4) | Conoscenze (da 6.11) | Denominazione della competenza | Conoscenze (da 6.12.1  | Abilità(da 6.12.2) | Modalità / Strumenti per la valutazione(da 6.11.1 – 6.12.3) | Attestazione esiti (da 6.11.2 - 6.12.2) | Attuatore/i (da 6.10) |

1. **PIANO FINANZIARIO**
	1. FINANZIAMENTO FOR.TE. *(automatico da sistema)*
	2. DESCRIZIONE PUNTUALE DEI CRITERI CHE HANNO DETERMINATO LE VOCI DI COSTO *(compilazione manuale max 3.000 caratteri)*
	3. PIANO FINANZIARIO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROSPETTO FINANZIARIO** | **Finanziamento For.Te (€)** | **CPO (€)** | **Valore complessivo (€)** |
| **1. Azioni propedeutiche e trasversali** |
| 1.1 | Ideazione e progettazione |  |  |  |
| 1.2 | Indagini di mercato – Analisi e ricerca |  |  |  |
| 1.3 | Analisi dei fabbisogni e selezione partecipanti |  |  |  |
| 1.4 | Sistema di monitoraggio e valutazione |  |  |  |
| 1.5 | Azioni di assistenza, promozione, e informazione rivolta alle aziende **(solo per i Pluriaziendali)** |  |  |  |
|  | **Totale** |  |  |  |
| **2. Attività formativa** |
| 2.1 | Docenti |  |  |  |
| 2.2 | Coordinatori didattici |  |  |  |
| 2.3 | Tutor |  |  |  |
| 2.4 | Materiale, forniture e servizi direttamente connessi all’erogazione della formazione |  |  |  |
| 2.5 | Spese di viaggio del personale docente, tutor e coordinatori |  |  |  |
| 2.6 | Spese di vitto del personale docente, tutor e coordinatori |  |  |  |
| 2.7 | Materiale didattico e di consumo |  |  |  |
| 2.8 | Materiali ed attrezzature per la F.a.D. |  |  |  |
| 2.9 | Attrezzature didattiche |  |  |  |
| 2.10 | Verifiche intermedie, finali e certificazioni/attestazione delle competenze  |  |  |  |
| 2.11 | Aule (affitto, ammortamento, ecc.) |  |  |  |
| 2.12 | Orientamento e bilancio delle competenze |  |  |  |
|  | **Totale** |  |  |  |
| **3.Spese relative ai partecipanti** |
| 3.1 | Retribuzione allievi |  |  |  |
| 3.2 | Spese di viaggio degli allievi |  |  |  |
| 3.3 | Spese di vitto degli allievi |  |  |  |
|  | **Totale** |  |  |  |
| **4. Spese generali di funzionamento e gestione** |
| 4.1 | Personale amministrativo e di segreteria |  |  |  |
| 4.2 | Direttore del Piano |  |  |  |
| 4.3 | Attrezzature non didattiche |  |  |  |
| 4.4 | Reti telematiche |  |  |  |
| 4.5 | Spese di viaggio e vitto del personale non docente |  |  |  |
| 4.6 | Spese relative ad immobili per la gestione del Piano |  |  |  |
| 4.7 | Fideiussione e atti notarili |  |  |  |
| 4.8 | Revisione contabile |  |  |  |
| 4.9 | Spese attivazione conto corrente |  |  |  |
|  | **Totale** |  |  |  |
| **TOTALE** |  |  |  |

* 1. RIPARTIZIONE CONTRIBUTI E FINANZIAMENTI PER IMPRESA

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominazione Impresa | Numero di lavoratori in formazione | Regime prescelto (De minimis o Reg. 651/14) | Finanziamento Forte | Finanziamento For.Te. ai fini del Regime di aiuti (€) Solo se Reg. 651/14 | Regime di aiuti di stato (%) | Contributo Privato Obbligatorio (€) |