



ALLEGATO A

**FORMULARIO DI PROGETTO
AVVISO PUBBLICO**

“TRAINING PER COMPETERE-FORMAZIONE CONTINUA IN AZIENDA”

Titolo Progetto	
Soggetto Proponente	
Tipologia di intervento	Aziendale <input type="checkbox"/> Plurianzendale <input type="checkbox"/>
Integrazione con Fondi Paritetici Interprofessionali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

1. INFORMAZIONI SULL'ORGANISMO FORMATIVO (oppure sull'impresa nel caso di progetti aziendali in cui l'Impresa sia anche soggetto Attuatore)

Organismo Formativo (Denominazione)-Impresa		Forma Giuridica
Codice Fiscale	Partita I.V.A.	
Accreditamento n.	Data scadenza accreditamento	

Sede Legale

Via		N. Civico	Comune
Prov.	C.A.P.	Telefono	Fax
E-mail		Posta Certificata	

Sede Operativa (se diversa dalla sede legale)

Via		N. Civico	Comune
Prov.	C.A.P.	Telefono	Fax
E-mail		Posta Certificata	

Legale rappresentante

Cognome	Nome
Codice Fiscale	Telefono / cell
E-mail	

Responsabile di progetto

Cognome	Nome
Codice Fiscale	Telefono /cell
E-mail	

2. DESCRIZIONE DI DETTAGLIO DELL'INTERVENTO FORMATIVO

Sede dell'intervento formativo

Via		N. Civico	Comune
Prov.	C.A.P.	Telefono	Fax
E-mail		Posta Certificata	

2.1 ARTICOLAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO

Indicazioni generali sul percorso formativo

Durata complessiva (ore)	
Requisiti e numero risorse professionali impiegate	
Metodologia didattica	
Tecnologie, attrezzature, strumenti, materiali didattici	
Durata delle attività di aula e laboratorio (ore)	
Durata delle attività relative alle KC (ore)	
Durata delle attività di "training on the job" (ore) (se previste)	
Requisiti didattici comuni a tutte le UF	
Requisiti di risorse professionali e strumentali	
Metodologia di valutazione degli apprendimenti	

Descrizione modalità di integrazione con Fondi

Paritetici Interprofessionali (Se prevista):

Sequenza delle UF e dei Moduli

Modulo/UF N.....	
Titolo UC univoca corrispondente (solo per le UF)	
Durata (ore)	
Descrizione modulo/UF / Obiettivi/contenuti	

Dettaglio Training on the job (se previsto)

[Si precisa che il totale degli allievi coinvolti nelle attività training on the job" deve corrispondere al totale degli allievi previsti nel corso di formazione]

Numero di allievi coinvolti:	
Durata (ore)	
Durata (giorni)	
Sede training on the job (indicare la denominazione, la localizzazione e l'attività prevalente del/dei soggetto/i)	
Tutor aziendale (specificare professionalità e ruolo aziendale)	
Tutor didattico (specificare numero e professionalità)	
Descrizione dell'attività prevista e degli obiettivi da raggiungere	
Modalità di svolgimento (indicare se in unica soluzione o in momenti diversi)	
Modalità e frequenza delle verifiche	

3. MODALITA' DI VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE COME DA SCHEDA DI QUALIFICAZIONE APPROVATA

Titolo competenza	Risultato atteso	Oggetto di osservazione	Indicatori
Titolo UC 1			
Titolo UC 2			
...			

4. DETERMINAZIONE RISORSE FINANZIARIE

Numero partecipanti ____

Durata Complessiva dell'intervento in ore

Parametro UCS: in base al numero degli utenti €

Totale costo dell'intervento formativo €

Parametro UCS _____

Fascia docenza B - UCS ora corso € 117,00 x n. tot. ore corso + UCS ora allievo € 0,80 x n. tot. ore allievo

Eventuale cofinanziamento nel caso di Aiuti di Stato in esenzione (Reg.651/14) €

Quota di finanziamento pubblico a valere sul POR FSE 2014/2020 €



5. CRONOPROGRAMMA ATTIVITA' DI PROGETTO

ATTIVITA'		MESI											
Attività formativa	Denominazione	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Luogo e Data

Firma legale rappresentante Soggetto Proponente

Firma legale rappresentante Organismo Formativo
