**AVVISO 1/19 – LST AZIENDALI**

1. **DATI PIANO**
   1. TITOLO DEL PIANO *(compilazione manuale)*
   2. TIPOLOGIA DEL PIANO *(compilazione manuale)*

* Aziendale
  1. TIPOLOGIA PRESENTATORE *(compilazione manuale)*

***Scelta se aziendale:***

* 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
* Alla promozione della qualità del servizio e alla soddisfazione del cliente
  1. TERRITORIO COINVOLTO *(compilazione manuale)*
* 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 IN ORGANICO *(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 progetto)*
  4. MONTE ORE FORMAZIONE/ALLIEVO PREVISTE NEL PIANO *(compilazione automatica dalla sezione moduli)*
  5. PERCENTUALE MONTE ORE FORMAZIONE EROGATA IN MODALITA' FAD, AFFIANCAMENTO, TRAINING ON THE JOB, COACHING E OUTDOOR *(compilazione automatica dalla sezione moduli) – BLOCCO DEL 50% SULLE ORE TOTALI DEL PIANO*
  6. PERCENTUALE ORE FORMAZIONE OBBLIGATORIA EX D.lgs. 81/2008 *(compilazione automatica dalla sezione progetto) - PER LE AZIENDE CHE HANNO SCELTO IL REGIME 1407/2013, LE ORE DI FORMAZIONE OBBLIGATORIA NON POSSONO SUPERARE IL 50% SULLE ORE TOTALI DEL PIANO*
  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) – CONTROLLO DURATA MASSIMA 24 MESI*
  10. OBIETTIVI, MOTIVAZIONI E COERENZA CON LE ANALISI DELLE REALTA’ AZIENDALI *(compilazione manuale max n° 5.000 caratteri)*
  11. DESCRIZIONE DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE, DI ATTESTAZIONE E DI CERTIFICAZIONE DEGLI APPRENDIMENTI *(compilazione manuale max n° 5.000 caratteri)*
  12. IMPIANTO COMPLESSIVO DEL PIANO *(compilazione manuale max n° 5.000 caratteri)*
  13. COMITATO DI PILOTAGGIO PREVISTO *(compilazione manuale, scelta singola)*
* SI
* NO
  1. SE SI’, INDICARE IL DETTAGLIO DELL’ATTIVITA’ PREVISTA, DURATA, ATTORI COINVOLTI E RELATIVE FUNZIONI, STRUMENTI E INDICATORI DI RISULTATO PER IL MONITORAGGIO DEL PIANO *(compilazione manuale max n° 4.000 caratteri)*
  2. INDICARE LA DENOMINAZIONE DEI SOGGETTI FIRMATARI DELL’ACCORDO SINDACALE E PER OGNUNO DI ESSI SPECIFICARE IL NOMINATIVO E IL RUOLO RICOPERTO *(compilazione manuale max n° 500 caratteri)*
     1. ACCORDO SINDACALE (allegare file pdf)

1. **Anagrafica Presentatore**
   1. CODICE FISCALE *(compilazione manuale)*
   2. DENOMINAZIONE SOGGETTO PRESENTATORE *(automatico da sistema o manuale nel caso di Consorzi/Reti di impresa che non abbiano dipendenti)*
   3. NATURA DEL PRESENTATORE *(compilazione manuale)*
   4. 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*)
   5. SE PERTINENTE, IN CASO DI ATI/ATS, PER TUTTE LE TIPOLOGIE DI PIANO, SCEGLIERE TRA LE DUE OPZIONI:

□ ATI

□ ATS

2.5.1. DENOMINAZIONE DEL SOGGETTO CAPOFILA

* 1. ALLEGARE ATTO SE GIA’ COSTITUITA *(allegare file pdf)*
  2. INDIRIZZO SEDE LEGALE *(compilazione manuale)*
  3. REGIONE *(compilazione manuale)*
  4. PROVINCIA *(compilazione manuale)*
  5. COMUNE *(compilazione manuale)*
  6. CAP *(compilazione manuale)*
  7. TELEFONO *(compilazione manuale)*
  8. NOMINATIVO RAPPRESENTANTE LEGALE *(compilazione manuale)*
  9. E-MAIL PEC LEGALE RAPPRESENTANTE *(compilazione manuale)*
  10. 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, (allegare file pdf - Format C)
    6. DOCUMENTO DI IDENTITÀ LEGALE RAPPRESENTANTE SOGGETTO PRESENTATORE (allegare file pdf)
    7. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA SOGGETTO PRESENTATORE (allegare file pdf – Format B o B1 o B4)
  1. NOMINATIVO DIRETTORE DEL PIANO *(compilazione manuale)*

2.16.1. NOMINA DIRETTORE DEL PIANO *(allegare file pdf - Format L)*

2.16.2. DOCUMENTO DI IDENTITA’ DEL DIRETTORE DEL PIANO *(allegare file pdf)*

* 1. ORGANISMO DI APPARTENENZA DIRETTORE DEL PIANO *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Presentatore
* Persona fisica (consulente / libero professionista)
* Attuatore
  1. TELEFONO DIRETTORE DEL PIANO *(compilazione manuale)*
  2. EMAIL DIRETTORE DEL PIANO *(compilazione manuale)*
  3. NOMINATIVO RUC – DENOMINAZIONE SOCIETA’ DI REVISIONE LEGALE *(compilazione manuale)*
  4. INDIRIZZO *(compilazione manuale)*
  5. PROVINCIA *(compilazione manuale)*
  6. COMUNE *(compilazione manuale)*
  7. CAP *(compilazione manuale)*
  8. E-MAIL *(compilazione manuale)*
  9. TELEFONO *(compilazione manuale)*
  10. NUMERO ISCRIZIONE ALBO DEI REVISORI CONTABILI *(compilazione manuale)*

1. **Imprese Beneficiarie**
   1. NUMERO IMPRESE DICHIARATE NEL FORMULARIO *(compilazione automatica da sistema)*

**ELENCO IMPRESE BENEFICIARIE E DATI**

**(sezione da compilare per ciascuna azienda beneficiaria coinvolta nel Piano)**

* 1. CODICE FISCALE *(compilazione automatica da anagrafica se il Presentatore coincide con la Beneficiaria. Compilazione manuale per beneficiaria diversa dal Presentatore)*
  2. DENOMINAZIONE AZIENDA *(automatico da sistema)*
  3. MATRICOLE INPS ATTIVE E ADERENTI A FORTE *(automatico da sistema)*
  4. PERIODO DI COMPETENZA DELL'ADESIONE A FOR.TE. *(scelta singola tra le seguenti opzioni)*
* 2017 – 2020
* 2014 – 2016
* Fino al 2013
  1. FINANZIAMENTI GIA’ RICEVUTI DA FORTE *(scelta singola tra le seguenti opzioni)*
* Anni 2017 – 2019
* Fino al 2015
* Nessun finanziamento
  1. INDIRIZZO SEDE LEGALE IMPRESA *(compilazione automatica da anagrafica se il Presentatore coincide con la Beneficiaria, altrimenti automatico da sistema)*
  2. REGIONE IMPRESA *(compilazione automatica da anagrafica se il Presentatore coincide con la Beneficiaria, altrimenti automatico da sistema)*
  3. PROVINCIA IMPRESA *(compilazione automatica da anagrafica se il Presentatore coincide con la Beneficiaria, altrimenti automatico da sistema)*
  4. COMUNE IMPRESA *(compilazione automatica da anagrafica se il Presentatore coincide con la Beneficiaria, altrimenti automatico da sistema)*
  5. CAP IMPRESA *(compilazione automatica da anagrafica se il Presentatore coincide con la Beneficiaria, altrimenti automatico da sistema)*
  6. I DATI DELLA SEDE LEGALE SONO AGGIORNATI? *(compilazione manuale, scelta singola)*
* SI
* NO
  + 1. SE NO, INDICARE I NUOVI DATI (compilazione manuale dei campi indirizzo, comune, provincia, cap, regione)
  1. TELEFONO *(compilazione automatica da anagrafica se il Presentatore coincide con la Beneficiaria, altrimenti automatico da sistema)*
  2. NOMINATIVO RAPPRESENTANTE LEGALE *(compilazione automatica da anagrafica se il Presentatore coincide con la Beneficiaria, altrimenti automatico da sistema)*
  3. E-MAIL PEC RAPPRESENTANTE LEGALE *(compilazione automatica da anagrafica se il Presentatore coincide con la Beneficiaria, altrimenti automatico da sistema)*
  4. INDICARE IL CCNL APPLICATO *(compilazione manuale)*
  5. CODICE ATECO *(automatico da sistema)*
  6. NUMERO DIPENDENTI PER I QUALI L’AZIENDA VERSA LO 0,30% *(automatico da sistema)*
  7. CONFERMA NUMERO DIPENDENTI *(compilazione manuale, scelta singola)*
* SI
* NO
  + 1. SE NO, INSERIRE NUMERO 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. 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 Legge 68/69 e Ex Legge 381/91) (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 automatica da anagrafica se il Presentatore coincide con la Beneficiaria, altrimenti 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, (allegare file pdf - Format C)
  1. DOCUMENTO DI IDENTITÀ LEGALE RAPPRESENTANTE IMPRESE BENEFICIARIE *(allegare file pdf)*
  2. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA IMPRESE BENEFICIARIE *(allegare file pdf* *Format B3 o B4)*

1. **Attuatori**

N.B. SI POSSONO AGGIUNGERE ULTERIORI ATTUATORI PREVEDENDO L’ATI O ATS

* 1. SOGGETTO ATTUATORE *(compilazione manuale, scelta singola)*
* Soggetto Attuatore interno
* Soggetto accreditato presso una delle Regioni italiane *(l’accreditamento regionale dovrà coincidere con la Regione coinvolta nel Piano)*
* Soggetto certificato UNI EN ISO 9001:2015 settore EA 37
* ATI/ATS (*costituite tra i soggetti di cui ai precedenti punti, con la presenza di non più di un soggetto per ciascuna lettera*)
  1. SE SOGGETTO ATTUATORE INTERNO
     1. DENOMINAZIONE (compilazione automatica da sezione beneficiarie)
     2. E-MAIL DEDICATA (compilazione automatica da sezione beneficiarie)
     3. TELEFONO (compilazione automatica da sezione beneficiarie)
     4. CORSI DI FORMAZIONE REALIZZATI E GESTITI NEGLI ULTIMI TRE ANNI (compilazione manuale, scelta singola)
* Da 1 a 4
* Da 5 a 10
* Oltre 10
  + 1. DICHIARAZIONE ATTUATORE INTERNO (allegare file pdf - Format D)
  1. DENOMINAZIONE SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO (*compilazione manuale)*

N.B. IN CASO DI ATI/ATS INDICARE LA DENOMINAZIONE DEL SOGGETTO CAPOFILA

* + 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)

N.B. Se soggetto accreditato la regione deve coincidere con la regione coinvolta nel Piano formativo presentato

* + 1. PROVINCIA ATTUATORE (compilazione manuale)
    2. COMUNE ATTUATORE (compilazione manuale)
    3. CAP ATTUATORE (compilazione manuale)
    4. TELEFONO (compilazione manuale)
    5. E-MAIL ATTUATORE (compilazione manuale)
    6. NOMINATIVO LEGALE RAPPRESENTANTE (compilazione manuale)
    7. E-MAIL PEC LEGALE RAPPRESENTANTE (compilazione manuale)
    8. 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, *(allegare file pdf* **-** *format C)*
  1. DOCUMENTO D’IDENTITA’ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE *(allegare file pdf)*
  2. ANNI DI ESPERIENZA NEL SETTORE DELLA FORMAZIONE (compilazione manuale, scelta singola)
* Meno di 5 anni
* 5 anni
* Oltre i 5 anni
  1. ANNI DI ESPERIENZA SPECIFICA NELL’ATTIVITA’ PROPOSTA (compilazione manuale, scelta singola)
* Meno di 3 anni
* 3 anni
* Oltre 3 fino a 5
* Oltre i 5 anni
  1. NUMERO DI COLLABORATORI (CONSULENTI, DIPENDENTI) CHE LAVORANO CONTINUATIVAMENTE NEL SETTORE DELLA FORMAZIONE (compilazione manuale, scelta singola)
* Fino a 3
* Da 4 a 6
* Oltre 6
  1. DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE I REQUISITI SOGGETTO ATTUATORE (allegare file pdf - certificazione rilasciata dalla Regione e Copia certificato UNI ISO 9001:2015 in corso di validità allegare il file pdf; in caso di ATI/ATS allegare file per ciascun soggetto)
  2. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTUATORE ESTERNO – IN CASO DI UNICO ATTUATORE O DI CAPOFILA SE ATI/ATS (*allegare file pdf -Format E e certificazione rilasciata dalla Regione oppure Format E e Copia certificato UNI ISO 9001:2015 in corso di validità*)
     1. SE PERTINENTE, **IN CASO DI ATI/ATS, ATTO SE COSTITUITA** (allegare file pdf)

1. **PROGETTI**
   1. TEMATICA PROGETTO *(compilazione manuale, scelta singola)*

* Lingue straniere, italiano per stranieri
* Vendita, marketing
* 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
* Salute e sicurezza (solo per aziende che abbiano optato per il Regime De Minimis – Per le iniziative rientranti nell’area tematica far riferimento alla Guida alla presentazione))
* Tecniche, tecnologie e metodologie per l'erogazione di servizi economici
  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. 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 SOLO 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 INTERATTIVE (calcolo automatico)
  1. ELENCO IMPRESE BENEFICIARIE ASSOCIATE AL MODULO (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° 500 caratteri)

6.11.1 INDICAZIONE DELLE MODALITÀ E STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE (compilazione manuale max n° 500 caratteri)

6.11.2 ELENCO DELLE EVENTUALI ATTESTAZIONI RILASCIATE (compilazione manuale max n° 500 caratteri)

6.12 DENOMINAZIONE DELLA COMPETENZA CHE I PARTECIPANTI AVRANNO ACQUISITO AL TERMINE DEL MODULO LADDOVE PREVISTA (compilazione manuale max n°200 caratteri)

6.12.1 ELENCO DELLA/E CONOSCENZA/E CHE COMPONGONO LA COMPETENZA *compilazione manuale max n° 500 caratteri)*

6.12.2ELENCO DELLA/E ABILITÀ CHE COMPONGONO LA COMPETENZA *(compilazione manuale max n° 500 caratteri)*

6.12.3 INDICAZIONE DELLE MODALITÀ E STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE *(compilazione manuale max n° 500 caratteri)*

6.12.4 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  (da 6.12) | 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 - 6.12.4) | Attuatore/i  (da 6.10) |

1. **PIANO FINANZIARIO**
   1. FINANZIAMENTO FOR.TE. *(automatico da sistema – valore modificabile nella colonna Finanziamento Forte solo in diminuzione)*
   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 territoriali e settoriali nazionali)** |  |  |  |
| 1.6 | Pubblicazioni per diffusione dei risultati |  |  |  |
|  | **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 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. SE REG. 651/14, TOTALE FINANZIAMENTO FORTE AI FINI DEL CALCOLO DEL REGIME DI AIUTI *(automatico da sistema)*
  2. 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 (€) |

* 1. VALORE FINANZIAMENTO FOR.TE *(automatico da sistema)*