**AVVISO 4/19 - SSS**

**PLURIAZIENDALE**

1. **DATI PIANO**
	1. TITOLO DEL PIANO *(**compilazione manuale)*
	2. TIPOLOGIA DEL PIANO *(compilazione manuale)*
* Pluriaziendale
	1. TIPOLOGIA PRESENTATORE *(compilazione manuale)*
* I soggetti iscritti nell’elenco degli organismi di formazione accreditati in una delle Regioni Italiane per la formazione continua
* Soggetto certificato UNI EN ISO 9001:2015 settore EA 37
* ATI/ATS
	1. ATI/ATS 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 automatica)*

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

* 1. INDIRIZZO SEDE LEGALE *(**automatica da CF se aderente, altrimenti compilazione manuale)*
	2. REGIONE *(automatica da CF se aderente, altrimenti compilazione manuale)*
	3. PROVINCIA *(automatica da CF se aderente, altrimenti compilazione manuale)*
	4. COMUNE *(automatica da CF se aderente, altrimenti compilazione manuale)*
	5. CAP *(automatica da CF se aderente, altrimenti compilazione manuale)*
	6. TELEFONO *(compilazione manuale)*
	7. NOMINATIVO 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. ALLEAGTO B2 (*allegare file pdf*)
	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/Attuatore
* Persona fisica (consulente / libero professionista)
	+ 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 2.16

1. **IMPRESE BENEFICIARIE**

*N.B. i presentatori di piani Pluriaziendali non possono essere beneficiari.*

* 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*) – nel caso, anche i campi 3.4 – 3.5 – 3.6 – 3.8 – 3.9 – 3.10 – 3.11 – 3.17, sono a compilazione manuale
	3. DENOMINAZIONE AZIENDA *(automatico da sistema – DB INPS ULTIMO AGGIORNAMENTO)*
	4. MATRICOLE INPS ATTIVE E ADERENTI A FORTE *(automatico da sistema)*
	5. INDIRIZZO SEDE LEGALE IMPRESA *(automatico da sistema)*
	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)*
* DE MINIMIS (REG. 1407/13)
* REGIME DI AIUTI ALLA FORMAZIONE (REG. 651/14)
	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 B3 *(allegare file pdf)*
1. **ATTUATORI**
	1. DENOMINAZIONE DEL SOGGETTO ATTUATORE *(**compilazione automatica da sezione anagrafica* presentatore) – IN CASO DI ATI/ATS RIPORTARE AUTORMATICAMENTE IL CAPOFILA DALLA SEZIONE PRESENTATORE
	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. 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. 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. TOTALE FINANZIAMENTO FORTE AI FINI DEL CALCOLO DEL REGIME DI AIUTI (automatico da sistema – considera l’importo complessivo della colonna “finanziamento Forte” al netto degli importi eventualmente imputati nelle voci 1.2 e 1.6)
	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 (€) |