Allegato 3

REGIONE PUGLIA

PIANO DI ATTUAZIONE REGIONALE Puglia 2014-2015
Garanzia Giovani
FORMULARIO PER LA PRESENTAZIONE DI CANDIDATURE PER LA REALIZZAZIONE DELLA MISURA 2-B: Reinserimento di giovani 15-18enni in percorsi formativi

SOGGETTO CAPOFILA AMBITO TERRITORIALE PER LA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

1.a	**Denominazione o Ragione Sociale**			
Indirizzo				
CAP	Città			Provincia
Tel	Fax		e-mail	
Natura giuridica				
Rappresentante legale				
Referente per il progetto				
Indirizzo				
CAP		Città		Provincia
Tel	Fax		e-mail	
1.b	**Tipologia**			
1.c	**Compiti Istituzionali**			

SOGGETTO PARTNERS DELL'AMBITO TERRITORIALE PER LA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

2.a	**Denominazione o Ragione Sociale**			
Indirizzo				
CAP	Città			Provincia
Tel		Fax	e-mail	
Natura giuridica				
Rappresentante legale				
Referente per il progetto				
Indirizzo				
CAP		Città		Provincia
Tel		Fax	e-mail	
2.b	**Tipologia**			
2.c	**Compiti Istituzionali**			

SOGGETTO PARTNERS DELL'AMBITO TERRITORIALE PER LA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

3.a	**Denominazione o Ragione Sociale**			
Indirizzo				
CAP	Città			Provincia
Tel		Fax	e-mail	
Natura giuridica				
Rappresentante legale				
Referente per il progetto				
Indirizzo				

CAP		Città	Provincia
Tel	Fax		e-mail
3.b	**Tipologia**		
3.c	**Compiti Istituzionali**		

SOGGETTO PARTNERS DELL'AMBITO TERRITORIALE PER LA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

3.a	**Denominazione o Ragione Sociale**		
Indirizzo			
CAP		Città	Provincia
Tel	Fax		e-mail
Natura giuridica			
Rappresentante legale			
Referente per il progetto			
Indirizzo			
CAP		Città	Provincia
Tel	Fax		e-mail
3.b	**Tipologia**		
3.c	**Compiti Istituzionali**		

Inserire altri riquadri qualora i soggetti partners siano superiori a n. 3

RUOLI E COMPETENZE DEI SOGGETTI PARTNERS DELL'INTERVENTO AI FINI DELLA ATTUAZIONE:

specificare rispetto all'articolazione e alla struttura dell'intervento

_____ **- Soggetto Capofila**

_____ **- Soggetto Partner**

_____ **- Soggetto Partner**

_____ **- Soggetto Partner**

……

RIEPILOGO PERCORSI FORMATIVI PROPOSTI

PERCORSO FORMATIVO PER MINORI CHE NON HANNO ASSOLTO ALL'OBBLIGO DI ISTRUZIONE (PERCORSO DI DURATA DI 500 ORE)

DENOMINAZIONE	SEDE	PROVINCIA	NR. DI ALLIEVI	IMPORTO
TOTALE A)				

MINORI IN USCITA DAL PRIMO CICLO DI STUDI CHE HANNO ASSOLTO ALL'OBBLIGO DI ISTRUZIONE O NE SONO STATI PROSCIOLTI (PERCORSO DI DURATA DI 900 ORE)

DENOMINAZIONE	SEDE	PROVINCIA	NR. DI ALLIEVI	IMPORTO
TOTALE B)				

TOTALE	(A+B)

MINORI CHE NON HANNO ASSOLTO ALL'OBBLIGO DI ISTRUZIONE

DENOMINAZIONE PERCORSO DI POTENZIAMENTO/ACQUISIZIONE COMPETENZE: (correlata ad una delle 22 qualifiche dall'Accordo sottoscritto in sede di Conferenza Unificata il 19.01.2012 relativo all'istituzione *Repertorio delle figure professionali di riferimento a livello nazionale (concernente I PERCORSI DI IeFP*) …… ……
Sede di svolgimento (accreditata/ istituto) ……

FINALIZZAZIONE E MOTIVAZIONI DELL'INTERVENTO

Analisi di contesto

Fornire una breve descrizione del contesto finalizzata alla caratterizzazione dell'area interessata

Analisi fabbisogno

Esigenze specifiche per le quali promuovere una risposta mirata

Finalità generali dell'intervento

(Fornire una breve descrizione sulle finalità)

QUALITA' PROGETTUALE: DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO:

(Descrivere l'articolazione dell'intervento ed indicare gli obiettivi specifici ruoli e funzioni dei soggetti coinvolti) Max……..caratteri

FORMAZIONE DEL PARTENARIATO *(Descrivere le motivazioni per il coinvolgimento dei soggetti partner)Max……caratteri*

Destinatari	Numero dei destinatari	
Costo	Numero di ore fascia B x UCS (73,13 €)	
	Numero di ore fascia C x UCS (117,00 €)	
	(A) Sovvenzione massima richiesta per percorso di potenziamento (73,13 € * n. ore fascia C) + (117,00 € * n. ore fascia B) + sommatoria (0,80 € * n. ore e allievo)	
	Totale sovvenzione richiesta	€ ……..

INNOVATIVITA'

Grado di innovatività delle soluzioni proposte

Grado di innovatività delle metodologie proposte

RISULTATI ATTESI *(Max …..caratteri)*

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO *(Max …..caratteri)*

DIFFUSIONE RISULTATI *(Max ….caratteri)*
(Specificare le azioni previste)

MINORI IN USCITA DAL PRIMO CICLO DI STUDI CHE HANNO ASSOLTO ALL'OBBLIGO DI ISTRUZIONE O NE SONO STATI PROSCIOLTI

DURATA COMPLESSIVA DELL'INTERVENTO (900 ore)

DENOMINAZIONE (denominazione corrispondente alla figura del Repertorio regionale tra quelle indicate al paragrafo B) del presente avviso ……
Sede di svolgimento (accreditata/istituto) ……

FORMAZIONE DEL PARTENARIATO *(Descrivere le motivazioni per il coinvolgimento dei soggetti partner)Max……caratteri*

SCHEDA PROGETTO

Denominazione Percorso Formativo (Qualifica in uscita)	
Obiettivi del modulo	
Livello	
Durata (in ore)	**900 (fisso)**
Contenuti minimi	**Da repertorio**
Competenze in uscita	**Da repertorio**
Attestazione finale	**ATTESTATO DI QUALIFICA**
Indicare eventuali altre tipologie di certificazione da acquisire, nazionali, comunitarie o internazionali (da aggiungere)	

Destinatari	Numero dei destinatari	
Costo	Numero di ore fascia B x UCS (73,13 €)	
	Numero di ore fascia C x UCS (117,00 €)	
	(A) Sovvenzione massima richiesta per percorso di potenziamento (73,13 € * n. ore fascia C) + (117,00 € * n. ore fascia B) + sommatoria (0,80 € * n. ore e allievo)	
	Totale sovvenzione richiesta	€ ……..

x.x Sintesi articolazione dell'intervento	
a) Attività formativa	**Ore**
Formazione (aula / laboratori)	
Visite guidate	
Stage	
Totale	(300/600/900)
b) Altre Attività	

x. Finalizzazione dell'attività

4.1 Analisi relativa alle competenze richieste nello specifico ambito settoriale e nell'area professionale, collegate alla valutazione del potenziale di mercato regionale/provinciale di riferimento

x.3 Struttura del programma formativo
(Illustrare la struttura dell'intervento, evidenziando anche la ripartizione fra teoria, pratica e stages. Compilare gli schemi che seguono per l'articolazione modulare del percorso in Unità Formative)

x.3.1 Ripartizione teoria/pratica/stage				
Ore di teoria	Ore di pratica	Ore di stage		***Ore totali***

x.3.2 Articolazione del percorso in Unità formative (U.F.)

(si ricorda che lo stage deve essere descritto in un'Unità formativa a sé stante)

	Denominazione U.F.	**Durata**
1		00
2		00
3		00
4		00
5		00
6		00
…		
…	**UF stage**	
	Totale UF	

x.3.3 Per ciascuna delle U.F. sopra indicate compilare ed allegare una scheda

Compilate ed allegate n° ..... schede

Scheda di unità formativa	**N° 0 DI 0**
Titolo U.F.:	Durata:

x.3.4 Altre certificazioni *(nell'eventualità di rilascio di altre tipologie di certificazione, descrizione dei contenuti, dell'articolazione e delle modalità del processo di certificazione previsti)*

x.3.5 STAGE *(obiettivi e contenuti del percorso individuale, numero delle strutture ospitanti e numero delle disponibilità ad accogliere partecipanti, tutoraggio, modalità di verifica e di valutazione finale, eventuale modalità di attestazione delle competenze acquisite, Allegare, per ciascuna struttura ospitante, la relativa lettera di adesione /accordo/protocollo, ecc)* (si ricorda che lo stage deve essere descritto anche nella sezione precedente quale Unità formativa a sé stante)

x. Risultati attesi

x.1 Occupabilità e/o miglioramento dello status professionale e/o occupazionale dei destinatari del progetto *(esplicitare concretamente le ricadute del progetto anche mediante il ricorso ad indicatori quali-quantitativi)*

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO *(Max …..caratteri)*

DIFFUSIONE RISULTATI *(Max ….caratteri)*
(Specificare le azioni previste)