

Allegato 2.b – Piano di intervento Personalizzato

AVVISO “DOTE RITORNO AL LAVORO”:

MISURE A SUPPORTO DELLA PERMANENZA IN AMBITO LAVORATIVO DELLE LAVORATRICI E DEI LAVORATORI CON RIDOTTE CAPACITÀ A SEGUITO DI PATOLOGIE ONCOLOGICHE O INVALIDANTI ANCHE ATTRAVERSO LO SMARTWORKING

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO
Destinatario

Cognome			Nome		
Sesso					
Codice Fiscale					
Nato a		Il			
Residente a		Via			N.
	CAP		Prov.		
Domiciliato a		Via			N.
	CAP		Prov.		
Indirizzo email					
Recapito telefonico					

Esperienza formativa

Titolo di studio		Dettaglio (indicare in particolare se privo del titolo conclusivo del primo ciclo di istruzione)			
Conseguito il		presso			

Operatore

ID operatore/					
ID unità organizzativa					
Ragione sociale					

Responsabile unità organizzativa

Cognome			Nome		
Codice fiscale					
Ruolo					

Profilo del destinatario

Nel presente riquadro vanno indicate le caratteristiche e le esperienze del destinatario; in particolare indicare l'eventuale pregressa frequenza di percorsi di secondo ciclo, anche di annualità non completate, senza conseguimento del titolo di studio conclusivo nel caso di frequenza di annualità di percorsi di leFP, specificare la tipologia di percorso, l'istituzione scolastica o formativa presso cui è stato frequente e di quale ammissione ad annualità successiva è in possesso il destinatario.

Attività previste

Nei successivi riquadri vanno indicate tutte le attività che l'operatore e il destinatario si impegnano comunemente a svolgere. All'elenco delle attività qui segnalate l'operatore dovrà fare riferimento nel monitoraggio dell'avanzamento del Piano.

Servizi ammissibili

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Servizi al lavoro (*)					
Colloquio specialistico (MAX 2 ore)					
Bilancio delle competenze (MAX 6 ore)					
Coaching (MAX 13h/mese)					
Certificazione delle competenze acquisite in ambito formale all'interno del QRSP (MAX 9 ore)					
Attivazione della Rete di sostegno (MAX 10 ore)					
Servizi formativi (**)					
Formazione erogata dall'operatore beneficiario					
Formazione erogata da altro operatore					

(*) (**) i valori per i singoli servizi al lavoro e alla formazione devono rispettare i massimali di cui al **paragrafo B.3 "Spese ammissibili e soglie minime e massime di ammissibilità"** dell'Avviso.

Altri soggetti coinvolti

- Indicare ragione sociale operatore, Codice Fiscale, indirizzo (via, CAP, Città, Provincia), referente
- Indicare ragione sociale operatore, Codice Fiscale, indirizzo (via, CAP, Città, Provincia), referente
- Indicare ragione sociale operatore, Codice Fiscale, indirizzo (via, CAP, Città, Provincia), referente

Articolazione della dote: budget di previsione	Ore	Costo ora*	Importi
Servizio ...			
Servizio ...			
Servizio ...			
Totale			€ 0,00
Totale dote			€ 0,00

Gli strumenti e le modalità di monitoraggio dell'avanzamento del piano e di valutazione dei risultati sono:

- compilazione timesheet
- compilazione registro formativo

Luogo _____, lì _____

L'Operatore _____
Firma del rappresentante legale o di altro soggetto con
potere di firma

Il Destinatario _____
Firma leggibile del destinatario