

ALLEGATO 3 - PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO



AVVISO PUBBLICO PER LA REALIZZAZIONE DI UN'OFFERTA FORMATIVA IN APPRENDISTATO DI PRIMO LIVELLO FINALIZZATA ALL'ACQUISIZIONE DI UN TITOLO DI STUDIO AI SENSI DELL'ARTICOLO 43 DEL D.LGS. 81/2015

di cui al Decreto n.

ANNO FORMATIVO 2024/2025

CUP E81J24000320001

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 eventualmente 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			

Tutor individuato dall'operatore

Cognome		Nome	
Codice fiscale			
Titolo di studio		Dettaglio	
Anni di esperienza			
Esperienza nel settore			

Profilo del destinatario

Nel presente riquadro vanno indicate le caratteristiche e le esperienze formative del destinatario. In particolare, indicare: la tipologia di percorso, il relativo profilo professionale/indirizzo di studio, l'istituzione scolastica o formativa titolare del percorso, l'annualità cui è stato ammesso l'allievo, o eventuali annualità non completate.

Attività previste

Nei successivi riquadri vanno indicate 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

Servizio di accompagnamento al lavoro (nel rispetto del parametro di costo riportato al par. B.3 dell'Avviso)

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Accompagnamento al lavoro			N.a.	N.a.	

Servizio di formazione esterna (nel rispetto del parametro di costo riportato al par. B.3 dell'Avviso)

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Servizio di formazione			N.a.		

Servizio di sostegno per allievi con disabilità

Numero di Ore	Valorizzazione

Operatori coinvolti in partenariato

- Partenariato. Denominazione, Partenariato. Codice Fiscale, Partenariato. Sede Indirizzo, Partenariato. CAP, Partenariato. Sede Comune, Partenariato. Sede Provincia, Partenariato. Referente

Articolazione della dote: budget di previsione Importi

Servizio di accompagnamento al lavoro

Servizio di formazione

Componente Disabilità

Totale €

Totale dote €

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

- registro formativo e delle presenze (servizi formativi)
- Il registro delle presenze elettronico (GRS) laddove previsto
- Modello Unilav di avvio del rapporto di lavoro

Luogo _____, data _____

L'Operatore _____

*Firma del rappresentante legale o di
altro soggetto con potere di firma*

Il Destinatario _____

*Firma leggibile del destinatario o di
chi ne fa le veci.*