

Allegato 2 - Piano di intervento personalizzato (PIP)



**Avviso pubblico per la fruizione dell'offerta formativa
dei percorsi del sistema regionale di istruzione e formazione professionale
in attuazione della D.G.R. XI/6851/2022
a valere sul pnrr (missione 5 "inclusione e coesione", componente 1 "politiche per il lavoro",
investimento 1.4 "sistema duale"), cofinanziato dall'unione europea – next generation eu**

(scegliere uno dei seguenti interventi)

- Percorsi individuali aggiuntivi di primo, secondo, terzo, quarto anno (Linea A)
- Percorsi individuali aggiuntivi PPD (Linea A)
- Percorsi finalizzati alla prevenzione e al contrasto alla dispersione scolastica (Linea B)
- Interventi integrativi a favore dei target fragili (Linea C)

anno formativo 2022/2023

di cui al Decreto n. ____ del _____

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO

CUP _____

ID Dote

Beneficiario

Cognome		Nome	
Sesso			
Codice Fiscale		Matricola	
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			

Operatore

ID operatore	
ID unità organizzativa	
Ragione sociale	

Responsabile unità organizzativa del soggetto esecutore

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 beneficiario

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

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 di elaborazione e realizzazione del PIP (PPD)

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Servizio 1: Colloquio di accoglienza di primo livello			n.a.		
Servizio 2: Colloquio specialistico			n.a.		
Servizio 3: Definizione del percorso			n.a.		
Servizio 4: Tutoring e counselling orientativo			n.a.		

Servizi alla formazione

Tipologia di attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Id sezione _____ Servizio formativo _____			n.a.		
Funzione di servizio di sostegno durante il percorso formativo, riservato agli allievi disabili certificati			n.a.		

Interventi integrativi

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Servizio 4: Orientamento individuale			n.a.		
Servizio 5: Formazione individuale/individualizzata			n.a.		

Operatori coinvolti (specificare se in partenariato o delega)

- 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
Formazione collettiva: _____			
Formazione individuale: _____			
Funzione di servizio di sostegno:			
Servizio 1			
Servizio 2			
Servizio 3			
Servizio 4			
Servizio 5			
Totale			€ 0,00
Totale indennità di partecipazione/altri incentivi			€ 0,00
Totale dote			€ 0,00

di cui a valere su risorse del PNRR

€ 0,00

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

- compilazione registro formativo e delle presenze/GRS (servizi formativi)
- compilazione scheda stage
- attestazioni riguardanti l'esito del percorso

Luogo _____, li _____

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