Allegato 9.2 Modulo di domanda di partecipazione e PIP

GARANZIA GIOVANI – FASE II – INTERVENTI FORMATIVI DI RECUPERO DELLA DISPERSIONE SCOLASTICA E FORMATIVA

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'INIZIATIVA

DG Formazione e Lavoro
Piazza Città di Lombardia, 1
20124 Milano

Data gg/mm/aaaa - ora

Codice identificativo

Il sottoscritto/a nato/a a il , residente a in n. C.A.P. Provincia , domicilio (se diverso dalla residenza) a in n. C.A.P. Provincia , Tel. Cod. Fiscale

CHIEDE

di partecipare al Programma Garanzia Giovani per poter fruire dei servizi previsti nel PIP sottoscritto con l'operatore e delle eventuali indennità/altri incentivi.

DICHIARA

- □ di essere disponibile a fornire eventuale documentazione richiesta in caso di controlli in loco;
- □ di acconsentire all'eventuale utilizzazione dei dati forniti nella domanda per comunicazioni di Regione Lombardia in merito alle politiche regionali di Istruzione, Formazione e Lavoro;
- □ di dare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità specificatamente indicate nell'informativa in attuazione al Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003, Regolamento UE n. 2016/679, D.lgs. n. 101/2018), consapevole che in mancanza di tale consenso non sarà possibile procedere al trattamento dei suoi dati personali e, pertanto, alla partecipazione al Programma;
- □ di aver preso visione dell'Avviso e di aver concordato con l'operatore il percorso di fruizione dei servizi come riportato nel PIP allegato, da lui stesso sottoscritto;
- □ di impegnarsi a partecipare alle attività previste nel PIP allegato;
- □ di non percepire altri contributi pubblici a copertura della stessa spesa;
- □ di conoscere le modalità di partecipazione all'iniziativa, con particolare riferimento alle conseguenze della rinuncia alla dote;
- □ di essere consapevole che, se entro i termini previsti dall'Avviso, non è stato conseguito uno dei risultati previsti, la dote decade automaticamente.

SI IMPEGNA INOLTRE

A comunicare all'operatore con cui ha definito il PIP allegato:

- eventuali modifiche nei requisiti di partecipazione alla dote;

- eventuali difficoltà nell'attuazione della dote;

- l'eventuale rinuncia ai servizi previsti nella dote con apposita comunicazione.

Ai fini della verifica dei requisiti di partecipazione, **dichiara** di avere consegnato all'operatore:

□ copia del documento di identità;

□ [solo per cittadini extracomunitari] copia del permesso di soggiorno.

Il/La sottoscritto/a dichiara che la firma apposta sul presente documento viene considerata come presa visione dell'informativa in attuazione al Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003, Regolamento UE n. 2016/679, D.lgs. n. 101/2018).

LUOGO e DATA

_____

(FIRMA del destinatario o di chi ne fa le veci)

AVVISO PER I GIOVANI NEET DI ETÀ COMPRESA FRA I 15 E I 18 ANNI

PRIVI DI UN TITOLO DI SECONDO CICLO PER INTERVENTI FORMATIVI DI RECUPERO DELLA DISPERSIONE SCOLASTICA E FORMATIVA (MISURA 2-B)

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO

DG Istruzione Formazione e Lavoro
Piazza Città di Lombardia, 1
20124 Milano

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	
Conseguito il		presso	

Operatore

ID operatore	
ID unità organizzativa	
Denominazione / Ragione sociale	

Responsabile unità organizzativa

Cognome		Nome	
Codice fiscale			
Ruolo	Indicare se Resp. UO o RL		

Tutor individuato dall'operatore

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

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.

1-A) ACCOGLIENZA E INFORMAZIONI SUL PROGRAMMA

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Colloqui di prima informazione e orientamento			n.a.		

1-B) ACCESSO ALLA GARANZIA (PRESA IN CARICO, COLLOQUIO INDIVIDUALE E PROFILING, CONSULENZA ORIENTATIVA)

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Colloqui di orientamento			n.a.		
Patto di servizio ed eventuale profiling			n.a.		

1-C) ORIENTAMENTO SPECIALISTICO O DI II LIVELLO

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Bilancio di competenze		*Indicare denominazione eventuale istituzione formativa partner*	n.a.		
Colloqui (individuali) finalizzati alla definizione di un progetto professionale e personale			n.a.		
Tutoraggio attività formativa		*Indicare denominazione*	n.a.		

		eventuale istituzione formativa partner			
Attestazione, validazione, certificazione delle competenze acquisite		*Indicare denominazione eventuale istituzione formativa partner*	n.a.		

2-B) REINSERIMENTO DI GIOVANI 15-18ENNI IN PERCORSI FORMATIVI

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Formazione per acquisizione qualifica		*Indicare denominazione eventuale istituzione formativa partner*	n.a.	n.a.	n.a.

Altri soggetti coinvolti (specificare se in partenariato)

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

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

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

Articolazione della dote: budget di previsione	*Ore*	*Costo standard*	*Importi*
Servizio 1			
Servizio 2			

Servizio n			
Totale			
Totale			

LUOGO e DATA

L'operatore _____

Firma del rappresentante legale o di altro firmatario delegato

Il destinatario _____

Firma leggibile del destinatario o di chi ne fa le veci