

## ALLEGATO 3 - PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO



### AVVISO PUBBLICO

per la realizzazione dei percorsi di apprendistato di primo livello erogati dagli Enti di formazione accreditati e iscritti alla sezione A dell'albo regionale, finalizzati al conseguimento di qualifica e diploma leFP (ai sensi dell'art. 43 del D.Lgs. 81/2015) in attuazione delle DGR n. XII/576/2023 e XII/1051/2023, a valere sulle risorse del PNRR (Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 1 "Politiche per il Lavoro", Investimento 1.4 "Sistema Duale", finanziato dall'Unione europea – Next Generation EU)

di cui al Decreto n. 17911 del 14/11/2023

ANNO FORMATIVO 2023/2024

**CUP E81J23000250006**

**PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO**

**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		presso	

**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 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 beneficiario 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 formazione** (nel rispetto del parametro di costo riportato al par. 8 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
	32 euro/h max € 1.600

### 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: bilancio di previsione

	Ore	Costo standard	Importi
Servizio di formazione			

<b>Componente disabilità</b>			
----------------------------------	--	--	--

Totale € \_\_\_\_\_ risorse PNRR

Totale € \_\_\_\_\_ componente sostegno per allievi con disabilità

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

- Registro formativo e delle presenze / GRS (servizi formativi);
- Modello Unilav di avvio del rapporto di lavoro;
- Attestazioni riguardanti l'esito del percorso.

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

L'Operatore \_\_\_\_\_

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

Il Beneficiario \_\_\_\_\_

*Firma leggibile del beneficiario o di chi ne  
fa le veci se minorenne.*