



Allegato 2
FORMULARIO DI
PRESENTAZIONE DEI PROGETTI

Prot. n. _____

Data _____

A cura degli uffici regionali

SEZIONE A
INFORMAZIONI GENERALI

A.1 TITOLO DEL PROGETTO

A.2 SOGGETTO PROPONENTE

Codice di accreditamento _____

denominazione e ragione sociale: _____

natura giuridica: _____

rappresentante legale: _____

indirizzo: _____

città: _____ prov. _____ cap. _____

tel.: _____ fax: _____

referente del progetto: _____

tel.: _____ fax: _____

e-mail: _____

Se il soggetto proponente è anche attuatore barrare la casella e non compilare il quadro successivo

A.3 SOGGETTO ATTUATORE se diverso dal soggetto proponente

Codice di accreditamento (per gli enti accreditati) _____

denominazione e ragione sociale: _____

natura giuridica: _____

rappresentante legale: _____

indirizzo: _____

città: _____ prov. _____ cap. _____

tel.: _____ fax: _____

referente del progetto: _____

tel.: _____ fax: _____

e-mail: _____



A.4 A.T.I.

Nel caso in cui il soggetto proponente sia un'A.T.I. (costituita o costituenda) elencare di seguito le imprese/soggetti associati

Impresa/Soggetto associato n. 1

denominazione e ragione sociale: _____
natura giuridica: _____
rappresentante legale: _____
indirizzo: _____
città: _____ prov. _____ cap. _____
tel.: _____ fax: _____
referente del progetto: _____
tel.: _____ fax: _____
e-mail: _____

Impresa/Soggetto associato n. 2

denominazione e ragione sociale: _____
natura giuridica: _____
rappresentante legale: _____
indirizzo: _____
città: _____ prov. _____ cap. _____
tel.: _____ fax: _____
referente del progetto: _____
tel.: _____ fax: _____
e-mail: _____

Impresa/Soggetto associato n. 3

denominazione e ragione sociale: _____
natura giuridica: _____
rappresentante legale: _____
indirizzo: _____
città: _____ prov. _____ cap. _____
tel.: _____ fax: _____
referente del progetto: _____
tel.: _____ fax: _____
e-mail: _____

(aggiungere le righe necessarie)



Avviso pubblico per la presentazione di candidature finalizzate alla realizzazione dell'attività formativa prevista dalla delibera di g. R. N. 810 del 10/06/2004: misura 3.4 "Inserimento lavorativo e reinserimento di gruppi svantaggiati"



A.5 TIPOLOGIA DI ATTIVITA'

Percorso A) N. Interventi previsti ____
Percorso B) N. Interventi previsti ____



SEZIONE B

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'INTERVENTO

B.1 DESCRIZIONE ATTIVITÀ FORMATIVA *(Compilare 1 sezione per tipologia di percorso)*

Corso _____

B.1.1 LUOGHI DI SVOLGIMENTO DELL'INTERVENTO

(Breve descrizione delle strutture e delle attrezzature messe a disposizione)

B.1.2 MOTIVAZIONE DELL'INTERVENTO

(descrivere sinteticamente l'ambito su cui si vuole intervenire e l'utenza che verrebbe coinvolta)

B.1.3 FINALITÀ

B.1.4 PRIORITÀ TRASVERSALI

B.1.4 a) Eventuali connessioni con lo sviluppo di politiche per le *pari opportunità*

B.1.4 b) Eventuali connessioni con lo sviluppo della *società dell'informazione*

B.1.4 c) Eventuali integrazioni con le politiche per lo *sviluppo locale*

B.1.5 ARTICOLAZIONE DELL'INTERVENTO PREVISTO IN FASI E MODULI/UNITÀ DIDATTICHE

Partendo dall'allegato 1 descrivere dettagliatamente l'organizzazione dei moduli didattici e le metodologie didattiche

B.1.6. METODOLOGIE DI INTERVENTO

B.1.7 STRUMENTI E MATERIALE DIDATTICO DA UTILIZZARE



B.1.8. MODULI/UNITÀ DIDATTICHE (riempire per ogni modulo e unità didattica)

MODULO/UNITÀ DIDATTICA N. ____

OBIETTIVI FORMATIVI

CONTENUTI

Aggiungere i campi necessari

B.1.9. SISTEMI DI MONITORAGGIO E VERIFICA DEI RISULTATI

B.1.10. Professionalità impegnate

Descrivere le risorse umane impegnate specificandone requisiti e ruolo nel progetto

Allegare i curriculum vitae delle risorse umane coinvolte nel progetto: tutor, docenti ed eventuali codocenti specificando la fascia di appartenenza (A, B o C).

B.1.11. STRUTTURA DEL CORSO

(Compilare 1 riquadro per Percorso - Max 7 - con l'indicazione della tipologia - A o B)

DURATA DEL PROGETTO IN ORE _____

DURATA DEL PROGETTO IN MESI _____

DATA DI AVVIO PREVISTA _____

DATA DI CONCLUSIONE _____

formazione d'aula

n° ore

_____ %sul TOT _____

Tirocinio

n° ore

_____ %sul TOT _____

Totale ore

_____ 100%



SEZIONE C
CRONOGRAMMA DEGLI INTERVENTI

PERIODO	GEN.	FEB.	MAR.	APR.	MAG.	GIU.	LUG.	AGO.	SET.	OTT.	NOV.	DIC.	GEN.	FEB.	MAR.	APR.	MAG.	GIU.	LUG.	AGO.	SET.	OTT.	NOV.	DIC.
ATTIVITÀ																								