



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

Se il soggetto proponente è un ATI barrare la casella, riferire le informazioni di cui sotto all'impresa capofila e compilare anche il quadro A.4 e A6

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: _____

Se il soggetto proponente è anche attuante 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.(costituata 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)



A.5 TIPOLOGIA D'INTERVENTO

Progetto aziendale

Progetto pluriaziendale

N.imprese coinvolte _____

Soggetto proponente

Impresa operante sul territorio regionale

Associazione Temporanea di Imprese operanti sul territorio

Soggetto attuatore

Impresa operante sul territorio regionale

Ente di formazione con i requisiti previsti dall'avviso



A.6 DATI IDENTIFICATIVI DEL SOGGETTO PROPONENTE (in caso di ATI riempire anche per le imprese associate)

Denominazione Impresa		Addetti			Addetti in Formazione		
		M	F	TOT	M	F	TOT
Città	Indirizzo	Telefono					
		Fax					
		E-mail					
Partita IVA o Codice Fiscale	Rappresentante legale:	Referente del progetto					
Dimensione Impresa <input type="checkbox"/> Piccola <input type="checkbox"/> Media							
Costo totale del progetto imputabile all'impresa*	Contributo pubblico imputabile all'impresa*	Cofinanziamento privato a carico dell'impresa*					

REGIME DI AIUTI PRESCELTO

- Regime di aiuti alla formazione (Regolamento regionale sugli aiuti alla formazione)
- Aiuti di importanza minore ("de minimis")

Numero dei destinatari dell'azione oggetto dell'aiuto appartenenti alle categorie svantaggiate ex art. 5 Regolamento regionale approvato con DGR n. 3193 del 05.07.02

(aggiungere i quadri necessari)



SEZIONE B

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'INTERVENTO

B.1 DESCRIZIONE DELLA FIGURA PROFESSIONALE /COMPETENZA ACQUISITA

B.1.1 DENOMINAZIONE DEL PROFILO

B.1.2 LIVELLO DI INQUADRAMENTO

B.1.3 TIPOLOGIA PROFESSIONALE

- Manageriale
- Operativa
- Tecnico gestionale
- Tecnico specialista

B.1.4 AREA ATTIVITÀ

- Ricerca e sviluppo
- Produzione
- Marketing e logistica
- Amministrazione



B.2 CARATTERISTICHE DELLA FIGURA PROFESSIONALE

B.2.1 Descrizione del contesto produttivo e organizzativo aziendale nel quale la figura e' inserita o va ad inserirsi

B.2.2 Attività

B.2.3 Ambito relazionale

B.2.4 Altro

B.2.5 TITOLO DI STUDIO DI BASE

- Nessun titolo
- Licenza media inferiore
- Diploma o attestato di qualifica
- Diploma
- Diploma parauniversitario o universitario
- Laurea



C.1 DESCRIZIONE ATTIVITÀ FORMATIVA

Corso _____

C.1.1 LUOGHI DI SVOLGIMENTO DELL'INTERVENTO

--

C.1.2 Finalità FORMATIVA

- Qualificazione
- Aggiornamento
- Riqualificazione
- Altro (Specificare): _____

C.1.3. CATTERISTICHE DEL/I DESTINATARIO/I DEL PROGETTO

--

C.1.4 MOTIVAZIONE DELL'INTERVENTO

(descrivere sinteticamente le situazioni o la problematica su cui si vuole intervenire)

--

C.1.5 FINALITA' E COERENZA RISPETTO AGLI OBIETTIVI AZIENDALI

--

C.1.6 PRIORITÀ TRASVERSALI

C.1.6 a) Eventuali connessioni con lo sviluppo di politiche per le *pari opportunità*

--

C.1.6 b) Eventuali connessioni con lo sviluppo della *società dell'informazione*

--

C.1.6 c) Eventuali integrazioni con le politiche per lo *sviluppo locale*

--

C.1.7 ARTICOLAZIONE DELL'INTERVENTO PREVISTO IN FASI E MODULI/UNITA' DIDATTICHE

--

C.1.8. METODOLOGIE DI INTERVENTO

--

C.1.9 STRUMENTI E MATERIALE DIDATTICO DA UTILIZZARE

--



C.1.10. MODULI/UNITÀ DIDATTICHE (riempire per ogni modulo e unità didattica)

MODULO/UNITÀ DIDATTICA N. _____

OBIETTIVI FORMATIVI

CONTENUTI

Aggiungere i campi necessari

C.1.11. ESITI ATTESI DALL'INTERVENTO

c.1.11. a) *Relativamente agli utenti*

c.1.11 b) *Relativamente al sistema di riferimento*

C.1.12. SISTEMI DI MONITORAGGIO E VERIFICA DEI RISULTATI

c.1.13. Professionalità impegnate

Descrivere le risorse umane impegnate specificandone requisiti e ruolo nel progetto)

C.1.14. STRUTTURA DEL CORSO

DURATA DEL PROGETTO IN ORE _____

DURATA DEL PROGETTO IN MESI _____

DATA DI AVVIO PREVISTA _____

DATA DI CONCLUSIONE _____

<input type="checkbox"/> formazione d'aula	n° ore	_____	%sul TOT _____
<input type="checkbox"/> formazione a distanza (FAD)	n° ore	_____	%sul TOT _____
<input type="checkbox"/> formazione sul lavoro	n° ore	_____	%sul TOT _____
<input type="checkbox"/> altre attività (specificare)	n° ore	_____	%sul TOT _____
	Totale ore	_____	100%



DICHIARAZIONE COSTITUENDA A.T.I.

Allegato B

Alla Regione Campania
A.G.C. Ricerca Scientifica, Statistica, Sistemi Informtaivi
Via Don Bosco, 9/E
80143 Napoli

Oggetto: Avviso Pubblico Misura 3.22 azione e)

I rappresentanti legali dei seguenti organismi:

1. _____ con sede legale in _____ - Partita Iva e/o Codice Fiscale _____ rappresentante legale _____, nato a _____, domiciliato per la proposta in oggetto presso la sede legale della società;
2. _____ con sede legale in _____ - Partita Iva e/o Codice Fiscale _____ nella persona del suo legale rappresentante _____, nato a _____, domiciliato per la proposta in oggetto presso la sede legale della società;

(ripetere per ogni componente dell'ATI)

DICHIARANO CHE

in caso di approvazione e finanziamento del progetto si riuniranno tra loro, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 11 del D. Lgs. 157/95 e s.m.i, in ATI;

capogruppo mandataria dell'ATI sarà nominata _____, cui sarà conferito il previsto mandato speciale con rappresentanza.

Luogo e data

In fede

Organismo associato	Legale Rappresentante	Firma

(allegare copie dei documenti di identità)

Sottoscritta ai sensi del DPR 445/2000