***Allegato A***

**“PROGETTO FSE 2014/2020 – PON INCLUSIONE” PROPOSTE DI INTERVENTO PER L’ATTUAZIONE DEL SOSTEGNO PER L’INCLUSIONE ATTIVA – ASSE II – LINEA DI ATTIVITA’ 9.1.1. REALIZZAZIONE ATTIVITA’ FORMATIVA - VOUCHER N……………………. - CONVENZIONE DI SOVVENZIONE AV3-2016-SAR 16” CUP: H31E17000220006.**

**PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE**

**SOGGETTO PROMOTORE**

|  |  |
| --- | --- |
| **PLUS ORISTANO** |  |
| Rappresentante Legale  |  |
| Sede Legale  | Luogo | Comune di Oristano |
| Piazza Eleonora d’Arborea, 44  |
| Tutor Incaricato (Case Manager) |  |
| Recapito telefonico |  |
| Mail |  | PEC |  |
| N° Repertorio Patto di Accreditamento |  |

**SOGGETTO EROGATORE**

|  |  |
| --- | --- |
| Ente di Formazione |  |
| Rappresentante Legale  |  |
| Sede Legale  | Luogo |  |
| Via n° |
| Sede Operativa (se diversa dalla sede legale) |  |
| Ragione Sociale |  |
| Partita Iva |  | Codice Fiscale |  |
| Referente dell’Ente di Formazione | Nome e Cognome |  |
| Qualifica |  |
| Responsabile aziendale della Sicurezza |  |
| Polizza assicurativa di RCT |  |

**DATI DEL BENEFICIARIO**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e Nome |  |
| Codice Fiscale |  | Età |  |
| Luogo di nascita |  | Data di nascita |  |
| Comune di residenza |  |
|  | Via n. |
| Recapito telefonico |  | Mail |  |
| Titolo di studio/qualifiche possedute |  |

**CORSO DI FORMAZIONE**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione del corso |  |
| Autorizzato con Atto Regionale (specificare tipo di atto, n. e data) |  |
| Titolo rilasciato |  |
| Sede di svolgimento del corso (indicare Comune, Via n. civico e cap) |  |
| N. ore del corso |  |
| Data inizio |  | Data fine |  |
| Ore/giorno  |  | Ore/settimana |  |
| Articolazione oraria giornaliera | Entrata | Uscita |
| h: | h: |
| Modalità di svolgimento del corso |  |
| Obiettivi da raggiungere |  |
| Costo IVA esclusa |  | Iva se dovuta %  |  |
| Costo complessivo IVA inclusa |  |

Il Rappresentante Legale del Soggetto Promotore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e Firma)

Case Manager \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Rappresentante Legale dell’Ente di Formazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e Firma)

Tutor dell’Ente di Formazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_