***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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_