ALLEGATO 2
Formulario descrittivo

per l'assegnazione di voucher aziendali per interventi di formazione continua

in attuazione del Programma Garanzia Occupabilità dei Lavoratori da finanziare nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 1 "Politiche per il Lavoro", Riforma 1.1 "Politiche Attive del Lavoro e Formazione", Percorso 5 "Ricollocazione collettiva" Piano Attuativo Regionale GOL, finanziato dall'Unione europea - Next Generation EU e in attuazione del nuovo Patto per il Lavoro della Regione Toscana

Indice

ISTRUZIONI
Sezione 0 Dati identificativi dell'intervento (*compilazione online)*
Sezione A Soggetti coinvolti nella realizzazione dell'intervento (*compilazione online*)
Sezione B Descrizione dell'intervento
Sezione C Articolazione esecutiva dell'intervento

3

ISTRUZIONI

Il presente documento si compone delle seguenti sezioni:

1 Sezione 0 Dati identificativi dell'intervento

2 Sezione A Soggetti coinvolti nella realizzazione dell'intervento

3 Sezione B Descrizione dell'intervento

4 Sezione C Articolazione esecutiva dell'intervento

Le sezioni 0, A e B1 (Informazioni generali e contestualizzazione) **devono essere compilate tramite sistema *online***, collegandosi al seguente indirizzo web: https://web.rete.toscana.it/gg1 e selezionando l'"A*vviso per assegnazione voucher formativi aziendali*"

Sezione B Descrizione dell'intervento

B.2 Architettura dell'intervento e contenuti principali

B.2.0 Situazione aziendale

(descrivere la situazione aziendale e le prospettive di investimento, rilancio e riconversione delle attività lavorative)

B.2.1 Obiettivi generali dell'intervento

(illustrare la coerenza degli obiettivi con quanto previsto dall'Avviso e con i percorsi formativi proposti per le/i beneficiarie/i dei percorsi formativi)

B.2.2 Struttura e coerenza dell'intervento

(descrivere sinteticamente le attività formative previste ed evidenziare la coerenza dei percorsi con le esigenze formative dell'impresa)

B.2.3 Durata complessiva dell'intervento

(in mesi, nel rispetto di quanto previsto dall'Avviso, considerando tutti i percorsi per i quali si richiede il voucher)

B.2.4 Soggetti beneficiari dei voucher formativi aziendali

(elencare i soggetti beneficiari degli interventi formativi)

	NOME	COGNOME	CODICE FISCALE	TIPOLOGIA (*operaio, impiegato, quadro, dirigente ecc.*)	FORMA CONTRATTUALE * (*inserire scelta come da elenco*)	DATA DI ASSUNZIONE (*reale o prevista*)	SEDE DI LAVORO (*sede legale, sede secondaria o unità locale dell'impresa*)	AMMORTIZZATORE SOCIALE ATTIVO (*SI/NO; in caso affermativo indicare la specifica tipologia: es. CIGS)*	CENTRO PER L' IMPIEGO DI RIFERIMENTO (*indicare denominazione*)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
…...									

***** *- contratto a tempo indeterminato*
- contratto a tempo determinato
- contratto di apprendistato

- imprenditore
- socio lavoratore di cooperativa (società cooperativa)
- coadiuvante familiare (impresa familiare)

Nel caso di intervento B)2, nell'ipotesi in cui l'assunzione sia prevista dopo la presentazione della domanda di voucher, non è obbligatorio indicare Nome e Cognome del beneficiario che, come previsto dall'Avviso:
- deve essere assunto non oltre 6 mesi precedenti la presentazione della domanda di voucher e comunque entro l'inizio del percorso formativo pena la revoca del voucher
- provenire da uno stato di disoccupazione/inoccupazione
- essere assunto con contratto di lavoro a tempo indeterminato oppure a tempo determinato per almeno 12 mesi oppure di apprendistato.

B.3 Progettazione dei voucher formativi aziendali

VOUCHER FORMATIVO N __ *(indicare ordine progressivo)*
Replicare la Sezione B.3 per ciascun voucher formativo

B.3.0 Soggetto beneficiario del voucher formativo aziendale

NOME	COGNOME	CODICE FISCALE	LINEA DI INTERVENTO * (*inserire scelta tra A e B*)	FATTISPECIE [*inserire A)1, A)2, A)3, A)4, A)5, A)6, A)7, A)8, B)1, B)2 o B)3 come da Avviso - art. 6.1*]	ENTE CHE EROGA LA FORMAZIONE (*inserire denominazione dell'Ente, C.F. e codice di accreditamento*)	DENOMINAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO**	SE PERCORSO RICONOSCIUTO, INDICARE ESTREMI DEL RICONOSCIMENTO REGIONALE

**A) Percorso 5 "Ricollocazione collettiva" Piano Attuativo Regionale GOL*
B) Patto per il Lavoro della Regione Toscana

*** Indicare denominazione corrispondente al titolo attività inserito nel formulario online*

B.3.1 Percorso formativo
(Selezionare)

☐ **Percorso riconosciuto finalizzato all'acquisizione di competenze relative ad intere figure professionali (Repertorio Regionale delle Figure Professionali) finalizzato al rilascio di <u>attestato di qualifica</u>:** *info come da formulario online*

☐ **Percorso riconosciuto finalizzato all'acquisizione di competenze relative ad intere Aree di attività (Repertorio Regionale delle Figure Professionali) finalizzato al rilascio di <u>certificato di competenze</u>:** *info come da formulario online*

☐ **Percorso riconosciuto finalizzato all'acquisizione di competenze/aree di sapere/contenuti di profilo/percorso regolamentato (Repertorio Regionale della Formazione Regolamentata) finalizzato al rilascio di attestato di qualifica:** *info come da formulario online*

☐ **Percorso riconosciuto finalizzato al conseguimento di un attestato di frequenza che adotta come riferimento progettuale gli standard previsti nei percorsi di formazione obbligatoria come descritti nel Repertorio Regionale della Formazione Regolamentata e rispetto ai quali la norma disciplina il superamento di un esame finale (attestato di frequenza con esito positivo) oppure una prova finale di verifica effettuata dall'organismo formativo (attestato di frequenza – aggiornamento):** *info come da formulario online*

☐ **Percorso finalizzato al conseguimento delle patenti di guida di categoria superiore alla B e abilitazioni professionalizzanti, rilasciate da Autoscuole munite di apposita autorizzazione ministeriale** *(indicare tipologia patente)*_____

☐ **Percorso non correlato ai repertori regionali - o comunque riferito solo a singole capacità/conoscenze di una o più Area di Attività/UC - e finalizzato al rilascio di attestato di frequenza** (*compilare la sezione seguente*)

Denominazione del percorso formativo, tematica trattata, contenuti e obiettivi formativi

Nel caso di corso al di fuori della Regione Toscana, motivare la scelta e comprovare che il medesimo percorso formativo non sia svolto nel territorio della Regione Toscana.

B.3.2 Articolazione didattica dal percorso formativo

Unità formative previste

	U.F.	Durata in ore	Di cui FAD in ore sincrona	Di cui FAD in ore asincrona	% FAD rispetto alla durata del percorso
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10	UF *Stage*				
…..					
Totale Percorso					

B.3.3 Prove di verifica finale - articolazione e struttura delle prove di verifica

(descrivere l'architettura complessiva delle prove di verifica per i casi di rilascio di Attestato di frequenza)

B.3.4 Metodologie, strumenti e organizzazione logistica

(descrivere le metodologie didattiche e organizzative adottate; focalizzare la descrizione sulle diverse modalità didattiche con le quali i contenuti della formazione vengono veicolati, come ad esempio, aula, laboratorio, stage, FAD, simulazioni, casi di studio, ecc. e relative ripartizioni tra le stesse espresse in ore ed in % sulle ore complessive; indicare la sede di svolgimento del percorso formativo e il relativo indirizzo)

B.3.5 Caratteristiche e qualità delle attrezzature didattiche messe a disposizione

B.3.6 *Stage*

(*in caso di attività formative per le quali la normativa prevede la realizzazione di stage o nel caso esso sia comunque previsto dall'intervento, indicare gli obiettivi, la durata, le modalità organizzative e di attuazione; motivare la sostituzione dello stage con l'esperienza dell'attività lavorativa*)

B.4 Risultati attesi

B.4.0 Ricaduta dell'intervento

(descrivere gli elementi principali dell'intervento che sostengono la sua capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati, in termini di risposta ai bisogni aziendali)

Sezione C Articolazione esecutiva e finanziaria dell'intervento

C.1 Quadro riepilogativo delle risorse

N.	Nome e Cognome beneficiaria/o	Ore di formazione in presenza e/o in FAD sincrona	UCS formazione*	UCS retribuzione* (indicare con una x l'applicazione della UCS retribuzione)	Indicare motivazione della eventuale non applicazione della UCS retribuzione*	IMPORTO IN EURO DEL FINANZIAMENTO RICHIESTO PER IL VOUCHER FORMATIVO**
1			X			euro
2						euro
...						euro
TOTALE						EURO

** - quando tra i beneficiari dei voucher formativi aziendali oggetto dell'intervento non ci sono lavoratrici/ori che godono di ammortizzatore sociale in costanza di rapporto di lavoro oppure quando il costo della retribuzione non è finanziato attraverso altro canale di finanziamento pubblico, si applicano entrambe le UCS (UCS formazione e UCS retribuzione)*

- quando tra i beneficiari dei voucher formativi aziendali oggetto dell'intervento c'è almeno una/un lavoratrice/ore che gode di ammortizzatore sociale in costanza di rapporto di lavoro oppure quando il costo della retribuzione è finanziato attraverso altro canale di finanziamento pubblico, si applica solo l'UCS formazione

*** è riconosciuto, per ciascun voucher formativo aziendale, un importo massimo di contributo pubblico pari a euro 3.000,00 per ogni lavoratrice/ore.*

C.2 Cronoprogramma dell'intervento

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA' FORMATIVE

N°	DENOMINAZIONE PERCORSO FORMATIVO	1° mese	2° mese	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	8° mese	9° mese	10° mese	11° mese	12° mese
1		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
…...		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

CRONOPROGRAMMA DI SPESA

Mese	1° mese	2° mese	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	8° mese	9° mese	10° mese	11° mese	12° mese
Importo in euro	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€

SOTTOSCRIZIONE DEL FORMULARIO DESCRITTIVO DELL'INTERVENTO

La/Il sottoscritta/o …….. in qualità di legale rappresentante del soggetto richiedente …….. in relazione all'intervento denominato: ……..

ATTESTA

L'autenticità di quanto dichiarato nel formulario e sottoscrive tutto quanto in esso contenuto.

FIRMA

_____

Data e luogo _____

In caso di sottoscrizione autografa, si allega copia fotostatica del documento di identità in corso di validità ex art. 38 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii