**AVVISO**

**Formazione Finanziata**

**Salute e sicurezza sul luogo di lavoro 2023**

1. **DATI PIANO**
	1. TITOLO DEL PIANO
	2. TIPOLOGIA PRESENTATORE
* I soggetti iscritti nell’elenco degli organismi di formazione accreditati in una delle Regioni Italiane per la formazione continua (*la Regione presso la quale il soggetto è accreditato deve coincidere con la Regione coinvolta nel Piano formativo presentato*);
* Soggetti in possesso della Certificazione ISO En 9001:2015 settore EA37;
* ATI/ATS (*al massimo tra 4 soggetti, individuati tra quelli con accreditamento regionale e soggetti in possesso della Certificazione ISO En 9001:2015 settore EA37*), e enti di formazione costituiti in forma di srl con DURC regolare in corso di validità.
	1. FINALITÀ DEL PIANO
* All'aggiornamento continuo
* Alla riqualificazione professionale
* All'adeguamento e alla riconversione delle competenze professionali
* Alla promozione delle pari opportunità
* Alla promozione della qualità del servizio e alla soddisfazione del cliente
	1. TOTALE DIPENDENTI
	2. NUMERO TOTALE DIPENDENTI IN FORMAZIONE NEL PIANO
	3. MONTE ORE DI FORMAZIONE/DIDATTICA PREVISTE NEL PIANO
	4. TOTALE PERCENTUALE ORE DI FORMAZIONE INTERATTIVA
	5. MONTE ORE FORMAZIONE/ALLIEVO PREVISTE NEL PIANO
	6. PERCENTUALE MONTE ORE FORMAZIONE EROGATA IN MODALITA' FAD, AFFIANCAMENTO, TRAINING ON THE JOB, COACHING E OUTDOOR
	7. NUMERO PROGETTI DEL PIANO
	8. NUMERO MODULI DEL PIANO
	9. DURATA DEL PIANO IN MESI
	10. DECLINAZIONE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI E DEI RISULTATI ATTESI (max n° 5.000 caratteri)
	11. DESCRIZIONE DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL PIANO *(max n° 4.000 caratteri)*
	12. DESCRIZIONE DELL’IMPIANTO COMPLESSIVO DEL PIANO *(max n° 5.000 caratteri)*
	13. COERENZA DEL PIANO CON IL CONTESTO SOCIO ECONOMICO *(max n° 2.000 caratteri)*
	14. ELENCARE I SOGGETTI ISTITUZIONALI E/O RAPPRESENTATIVI COINVOLTI ED IL TIPO DI INTERAZIONE RIFERIBILE AL PIANO *(max n° 4.500 caratteri)*
1. **Anagrafica Presentatore**
	1. CODICE FISCALE
	2. IL PIANO È IN ATI/ATS
	3. SE PERTINENTE, IN CASO DI ATI/ATS, SCEGLIERE TRA LE DUE OPZIONI:

□ ATI

□ ATS

* 1. DENOMINAZIONE SOGGETTO PRESENTATORE
	2. NATURA DEL PRESENTATORE
	3. ALLEGARE ATTO SE GIA’ COSTITUITA *(allegare file pdf)*
	4. INDIRIZZO SEDE LEGALE
	5. REGIONE
	6. PROVINCIA
	7. COMUNE
	8. CAP
	9. TELEFONO
	10. DATI LEGALE RAPPRESENTANTE
	11. E-MAIL PEC LEGALE RAPPRESENTANTE
	12. IL LEGALE RAPPRESENTANTE HA DELEGATO LA FIRMA AD ALTRA PERSONA? *(scelta singola)*
* SI
* NO

**2.15.1.** SE SI, NOMINATIVO DEL DELEGATO

**2.15.2.** SE SI, TELEFONO DEL DELEGATO

**2.15.3.** SE SI, E-MAIL PEC DEL DELEGATO

**2.15.4.** SE SI, DOCUMENTO D’IDENTITA’ DEL SOGGETTO DELEGATO *(allegare file pdf)*

**2.15.5.** SE SI, **FORMAT C** *(allegare file pdf)*

**2.15.6.** DOCUMENTO DI IDENTITÀ LEGALE RAPPRESENTANTE *(allegare file pdf)*

* 1. NOMINATIVO DIRETTORE DEL PIANO
	2. ORGANISMO DI APPARTENENZA DIRETTORE DEL PIANO *(scelta singola)*
* Presentatore/Attuatore
* Persona fisica (consulente / libero professionista)
	1. TELEFONO DIRETTORE DEL PIANO
	2. EMAIL DIRETTORE DEL PIANO
	3. EMAIL PEC DIRETTORE DEL PIANO
1. **Imprese Beneficiarie**

*N.B. i presentatori di piani territoriali e settoriali non possono essere beneficiari.*

* 1. NUMERO IMPRESE DICHIARATE NEL FORMULARIO

**ELENCO IMPRESE BENEFICIARIE E DATI**

* 1. CODICE FISCALE
	2. DENOMINAZIONE AZIENDA
	3. INDIRIZZO SEDE LEGALE IMPRESA
	4. PROVINCIA IMPRESA
	5. COMUNE IMPRESA
	6. CAP IMPRESA
	7. TELEFONO
	8. NOMINATIVO RAPPRESENTANTE LEGALE
	9. NUMERO TOTALE DIPENDENTI
	10. NUMERO DIPENDENTI IN FORMAZIONE TOTALE *(compilazione manuale)*
1. **Attuatori**

N.B. il presentatore è obbligatoriamente anche soggetto attuatore.

* 1. DENOMINAZIONE SOGGETTO ATTUATORE *(compilazione automatica da sezione Anagrafica presentatore) – IN CASO DI ATI/ATS RIPORTARE AUTORMATICAMENTE IL CAPOFILA DALLA SEZIONE PRESENTATORE*
	2. SOGGETTO ATTUATORE *(scelta singola)*
* Soggetto accreditato presso una delle Regioni italiane (l’accreditamento regionale dovrà coincidere con la Regione coinvolta nel Piano);
* Soggetto certificato UNI EN ISO 9001:2008 o UNI EN ISO 9001:2015 settore EA 37
* ATI/ATS *(costituita al massimo tra 4 soggetti, individuati tra quelli con accreditamento regionale e soggetti in possesso della Certificazione ISO En 9001:2015 settore EA37), e enti di formazione costituiti in forma di srl con DURC regolare in corso di validità.*
	+ 1. NATURA DEL SOGGETTO ATTUATORE (scelta singola)
* Istituto scolastico pubblico o privato
* Università
* Agenzia formativa
* Società di consulenza e/o formazione
* Istituto, Centro o Società di ricerca pubblico o privato
	1. ANNI DI ESPERIENZA CONTINUATIVA NEL SETTORE DELLA FORMAZIONE CONTINUA (scelta singola)
* Da 3 a 5 anni
* Maggiore di 5 fino a 10 anni
* Oltre i 10 anni
	1. CORSI DI FORMAZIONE CONTINUA EROGATI NELL'ULTIMO BIENNIO (scelta singola)
* Almeno 5 corsi
* Da 6 a 30 corsi
* Da 31 a 50 corsi
* Oltre i 50 corsi
	1. FATTURATO COMPLESSIVO DEGLI ULTIMI 3 ESERCIZI PER LE SOLE ATTIVITÀ DI FORMAZIONE CONTINUA (compilazione manuale, scelta singola)
* Inferiore a € 50.000
* Maggiore di € 50.000 e Minore/Uguale di € 200.000
* Maggiore di € 200.000 e Minore di € 400.000
* Maggiore/Uguale di € 400.000
	1. DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE I REQUISITI DEI SOGGETTI ATTUATORI (allegare file pdf, per ciascun soggetto in caso di ATI/ATS)
1. **PROGETTI**
	1. TEMATICA PROGETTO
* Lingue straniere, italiano per stranieri
* Vendita, marketing
* Contabilità, finanza
* Gestione aziendale (risorse umane, qualità, ecc) e amministrazione
* Lavoro d'ufficio e di segreteria
* Sviluppo delle abilità personali
* Conoscenza del contesto lavorativo
* Informatica
* Salvaguardia ambientale
* Salute e sicurezza (*solo per aziende che abbiano optato per De minimis – Per le iniziative rientranti nell’area tematica fare riferimento alla Guida alla presentazione*)
* Tecniche, tecnologie e metodologie per l'erogazione di servizi economici
* Tecniche e tecnologie di produzione della manifattura e delle costruzioni
* Tecniche e tecnologie di produzione dell’agricoltura, della zootecnica e della pesca
* Tecniche, tecnologie e metodologie per l’erogazione dei servizi sanitari e sociali
	1. SINTETICA DESCRIZIONE DEL PROGETTO *(max n° 3.000 caratteri)*
	2. NUMERO ORE DI FORMAZIONE TOTALI PREVISTE NEL PROGETTO
1. **MODULI**
	1. TITOLO DEL MODULO
	2. DURATA DEL MODULO IN ORE
	3. NUMERO EDIZIONI DEL MODULO
	4. NUMERO ORE DI FORMAZIONE TOTALI PREVISTE NEL MODULO
	5. MODALITÀ DIDATTICA *(scelta singola)*
* Collettiva
* Individuale
	+ 1. SE COLLETTIVA (scelta singola)
* Parametro per ora di docenza (max 240€)
* Parametro per ora di formazione / partecipante (max 24€)

N.B. ANCHE FAD SE IN MODALITA’ SINCRONA

* + 1. PARAMETRO FINANZIARIO APPLICATO (inserire il valore in euro)
		2. SE INDIVIDUALE (scelta singola)
* Parametro per ora di docenza in modalità FAD ASINCRONA (max 24€)
* Parametro per ora di formazione individuale (max 50€)
	+ 1. PARAMETRO FINANZIARIO APPLICATO (inserire il valore in euro)
	1. NUMERO E DESCRIZIONE DELLE RISORSE UMANE IMPIEGATE NELLA REALIZZAZIONE DEL MODULO, ESCLUSI I DESTINATARI DELLA FORMAZIONE *(max n° 5.000 caratteri)*
	2. MODALITÀ FORMATIVA DEL MODULO *(scelta singola)*
* Seminari
* Orientamento
* Bilancio delle competenze
* Partecipazione a convegni, workshop
* Affiancamento (Training on the job)
* Aula
* Formazione a distanza
* Outdoor
* Coaching
	1. METODOLOGIE FORMATIVE (ripartizione delle ore del modulo)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Metodologia formativa** | **Nr. ore** | **Nr. Minuti** |
| ESPOSITIVA |  |  |
| LABORATORIO |  |  |
| PROJECT WORK  |  |  |
| SIMULAZIONI  |  |  |
| CASE HISTORY |  |  |
| ESERCITAZIONI, TEST  |  |  |
| ACTIVE LEARNING  |  |  |
| COMUNITA' DI PRATICA  |  |  |
| AUTO APPRENDIMENTO |  |  |
| APPRENDIMENTO ASSISTITO(COACH/TUTOR)  |  |  |
| TOTALE |  |  |

* + 1. PERCENTUALE ORE DI FORMAZIONE INTERATTIVA