

9.3 Dichiarazione riassuntiva unica



TITOLO INIZIATIVA
DI CUI AL DECRETO N. XX DEL gg/mese/anno

DICHIARAZIONE RIASSUNTIVA UNICA

DG Istruzione Formazione e Lavoro
Piazza Città di Lombardia, 1
20124 Milano

Operatore

ID operatore

ID unità
organizzativa

Denominazione /
Ragione sociale

Responsabile unità organizzativa

Cognome Nome

Codice fiscale

Ruolo Indicare se Resp. UO o RL

Il/la sottoscritto/a nato/a a , Provincia , il , Cod. Fiscale in qualità di rappresentante legale /
altro firmatario autorizzato , dell'operatore , con sede in via/piazza , n. , CAP , Provincia

DICHIARA

- di aver sottoscritto l'Atto di Adesione Unico con riferimento all'Avviso e quindi di accettare senza riserve le condizioni stabilite da Regione Lombardia per l'erogazione dei servizi in regime di concessione;
- di aver preso in carico il/la Sig./ra:

[Campi compilati in automatico dal PIP]

Cognome Nome

Sesso

Codice Fiscale

Nato a Il

Residente a Via N.

CAP Prov.

Domiciliato a Via N.

CAP Prov.

Indirizzo email

Recapito telefonico

Titolo di studio

dettaglio

Conseguito il

presso

- di aver accertato le generalità del Sig./ra codice fiscale e di averne verificato il mantenimento dei requisiti di accesso al Programma Garanzia Giovani;
- di aver verificato che il destinatario abbia effettuato la registrazione e l'adesione e abbia sottoscritto un Patto di Servizio per l'avviamento al Programma Garanzia Giovani;
- di aver accertato che il destinatario preso in carico, sulla base delle sue caratteristiche soggettive, si colloca nella fascia di intensità di aiuto (bassa/medio-bassa/medio-alta/alta);
- di aver concordato e sottoscritto con il destinatario un Piano di Intervento Personalizzato (PIP) che prevede i seguenti servizi con relativa valorizzazione economica (*):

1-A) ACCOGLIENZA E INFORMAZIONI SUL PROGRAMMA

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Colloqui di prima informazione e orientamento			n.a.		

1-B) ACCESSO ALLA GARANZIA (PRESA IN CARICO, COLLOQUIO INDIVIDUALE E PROFILING, CONSULENZA ORIENTATIVA)

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Colloqui di orientamento			n.a.		
Patto di servizio ed eventuale profiling			n.a.		

1-C) ORIENTAMENTO SPECIALISTICO O DI II LIVELLO

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Bilancio di competenze			n.a.		
Colloqui (individuali) finalizzati alla definizione di un progetto professionale e personale			n.a.		
Tutoraggio attività formativa			n.a.		
Attestazione, validazione, certificazione delle competenze acquisite			n.a.		

2-A) FORMAZIONE MIRATA ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Formazione non generalista mirata all'inserimento lavorativo			n.a.		

5) TIROCINIO EXTRA-CURRICULARE

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Tirocinio extra-curriculare			n.a.	n.a.	
Promozione del tirocinio extracurriculare			n.a.	n.a.	

per un valore economico complessivo di servizi pari ad € _____ ;

- che il termine entro il quale si prevede di conseguire uno dei risultati positivi previsti dall'Avviso è il _____ ;
- di essere consapevole che, se entro il termine di cui sopra, non è stato conseguito uno dei risultati previsti dall'Avviso, la dote decade automaticamente;
- di aver individuato il tutor che dovrà accompagnare la persona durante la realizzazione del PIP

Cognome	Nome
Codice fiscale	
Titolo di studio	Dettaglio
Anni di esperienza	
Esperienza nel settore	

- di realizzare il PIP in collaborazione con i soggetti che seguono:
 - *Indicare denominazione / ragione sociale, Codice Fiscale, indirizzo (via, CAP, Città, Provincia), referente*
 - *Indicare denominazione / ragione sociale, Codice Fiscale, indirizzo (via, CAP, Città, Provincia), referente*
 - *Indicare denominazione / ragione sociale, Codice Fiscale, indirizzo (via, CAP, Città, Provincia), referente*

LUOGO e DATA

L'operatore _____

*Firma CRS del rappresentante legale o di altro
firmatario autorizzato*