



## Provincia di Lecco

**Settore Formazione Professionale,  
Istruzione, Politiche per l'Impiego**  
Centro per l'Impiego  
Corso Matteotti, 3/b  
23900 Lecco, Italia

### PIANO PROVINCIALE EX ART. 1, COMMA 411, L. n. 266/2005 "PERCORSI DI REIMPIEGO"

#### PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO *(Modulo PIP 411)*

##### **Operatore Accreditato**

<i>Denominazione</i>	Operatore Accreditato			
<i>Id Operatore</i>	id di accreditamento			
<i>Estremi accreditamento</i>	provvedimento di accreditamento e data			
<i>Indirizzo</i>	sede operativa dell'ente erogatore			
<i>Cap</i>		<i>Comune</i>		<i>Prov.</i>

##### **Legale Rappresentante / Delegato alla firma dell'operatore accreditato**

<i>Cognome</i>	
<i>Nome</i>	
<i>Codice Fiscale</i>	

##### **Beneficiario**

<i>Cognome</i>	
<i>Nome</i>	
<i>Codice Fiscale</i>	

##### **Tutor**

<i>Cognome</i>	
<i>Nome</i>	
<i>Codice Fiscale</i>	
<i>Titolo di Studio</i>	indicare il titolo di studio in possesso
<i>Anni esperienza</i>	Indicare gli anni di esperienza lavorativa specifica relativa alla funzione
<i>Esperienza nel Settore</i>	Descrivere dettagliatamente l'esperienza professionale maturata : settore di attività, progetti a cui ha partecipato, funzioni svolte, etc.

##### **Incontri per la predisposizione del piano**

*Compilare una riga per attività; selezionare la voce dall'elenco.*



**Modulo PIP 411**



Data	Attività	Esito
	Riportare nel dettaglio il tipo di attività svolta col lavoratore: colloquio, bilancio di competenze, riportando anche gli strumenti che sono stati impiegati.	Definire l'esito dell'attività svolta e come può essere integrata con le varie azioni del PIP.

**Piano di intervento personalizzato**

*Durata massima di 12 mesi dalla data della Determina Dirigenziale di approvazione del PIP e comunque con scadenza non oltre il 30.09.2009:*

Durata in mesi	
----------------	--

**Obiettivo Occupazionale specifico**

Indicare nello specifico l'obiettivo occupazionale: attività/professione, settore di attività, qualifica, tipologia di contratto
--

**Articolazione della Dote:**

AZIONE		IMPORTO
<b>DEFINIZIONE E SOTTOSCRIZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO</b>		<b>€ 250,00</b>
<b>FORMAZIONE ALLA RICERCA ATTIVA DEL LAVORO</b>		
Tipo di azione	<input type="checkbox"/> individuale (costo orario € 50,00); massimo 10 ore <input type="checkbox"/> gruppo (costo orario € 25,00) massimo 20 ore	
Durata in ore		
periodo	dal    /    /    al    /    /	
Esito previsto	Descrivere l'attività che verrà realizzata e quale esito l'ente si propone di realizzare.	€
Soggetto erogatore		
ID soggetto erogatore	id di accreditamento, provvedimento di accreditamento e data	





FORMAZIONE INDIVIDUALE / COLLETTIVA / FORMAZIONE ON THE JOB / STAGE	
Tipo di azione	<input type="checkbox"/> individuale (costo orario € 50,00); massimo 40 ore <input type="checkbox"/> gruppo (costo orario € 25,00) massimo 80 ore
Durata in ore	
periodo	dal    /    /    al    /    /
Esito previsto	Indicare se trattasi di Formazione Individuale, collettiva, on the job, definendo il titolo del corso, la figura professionale di riferimento (Standard Regione Lombardia), le competenze in uscita. E' obbligatoria la certificazione delle competenze come da disposizioni regionali. Nel caso in cui il soggetto erogatore che presenta il PIP crei una rete con un altro soggetto accreditato per i Servizi per la Formazione, è necessario inviare una dichiarazione che attesti che i due soggetti sono in rete e che definisca le modalità di pagamento per l'azione
Soggetto erogatore	
ID soggetto erogatore	Vedi sopra.
PLACEMENT INDIVIDUALE	
€ 1.500,00 ricollocazione con un contratto di lavoro a tempo indeterminato € 800,00 ricollocazione con un contratto di lavoro a tempo determinato di almeno 12 mesi	
periodo	dal    /    /    al    /    /
Esito previsto	Descrivere nello specifico l'esito occupazionale che si intende perseguire: attività/professione, settore di attività, qualifica, tipologia di contratto
Soggetto erogatore	Nel caso in cui il soggetto erogatore che presenta il PIP crei una rete con un altro soggetto accreditato per i Servizi del Lavoro ai sensi della L.R. 22/2006, è necessario inviare una dichiarazione che attesti che i due soggetti sono in rete e che definisca le modalità di pagamento per l'azione
ID soggetto erogatore	vedi sopra
<b>TOTALE DOTE</b>	
€	

**Il Legale rappresentante/delegato alla firma per l'unità operativa accreditata e il tutor**

**DICHIARANO**

- Di aver fornito informazioni al beneficiario sulla realizzazione e sugli obiettivi del Piano Provinciale "Percorsi di Reimpiego";
- Di aver concordato con il beneficiario il percorso di fruizione dei servizi come riportato nel PIP;





- Di aver fornito informazioni sulla gestione della dote e sui vincoli derivanti dalla mancata frequenza del percorso concordato;

### SI IMPEGNANO

- a rispettare quanto concordato nel presente Piano di Intervento personalizzato e a erogare i servizi previsti entro e non oltre 12 mesi dalla data di pubblicazione della Determina Dirigenziale di validazione dello stesso e comunque non oltre il 30.09.2009;
- a concordare con il beneficiario, qualora risulti necessario, eventuali modifiche al Piano di Intervento Personalizzato;

### Il beneficiario

### DICHIARA

- di non essere destinatario degli stessi servizi compresi nella Dote Lavoro del presente Piano di Intervento Personalizzato;
- di non aver sottoscritto presso altro operatore accreditato un Piano di Intervento Personalizzato;
- di condividere le regole di svolgimento e di attuazione delle attività previste dal Piano di Intervento Personalizzato;

### SI IMPEGNA

- a partecipare attivamente alle attività previste dal Piano di Intervento Personalizzato;
- a dare immediata e motivata comunicazione della impossibilità di proseguire nel percorso sottoscritto, pena l'esclusione dal Piano provinciale "Percorsi di Reimpiego", la perdita del diritto di beneficiare dei servizi previsti dalla Dote Lavoro e da tutte le iniziative promosse dalla Provincia di Lecco per i successivi 12 mesi, compreso la perdita dello status di disoccupazione e dell'anzianità maturata.

li

(Luogo)

(Data)

Firma del Legale Rappresentate  
o del delegato alla firma dell'operatore  
accreditato

Firma del Tutor

Firma del beneficiario

*Indicare il nome e cognome e controfirmare su carta.*

**Il sottoscritto dichiara inoltre di aver ricevuto l'informativa ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003.**

Firma del beneficiario

