



Provincia di Lecco

Settore Formazione Professionale, Istruzione, Politiche per l'Impiego

Centro per l'Impiego
Corso Matteotti, 3/b
23900 Lecco, Italia

PIANO PROVINCIALE P.A.R.I. 2007 – PROGRAMMA D'AZIONE PER IL REIMPIEGO DI LAVORATORI SVANTAGGIATI

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO

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 di accreditamento | | | |
| <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 per esteso il titolo di studio in possesso |
| <i>Descrizione Titolo di Studio</i> | descrivere dettagliatamente il titolo di studio (durata, competenze, ecc) |
| <i>Anni esperienza</i> | indicare gli anni di esperienza nel settore |
| <i>Descrizione esperienza nel Settore</i> | descrivere dettagliatamente l'esperienza maturata nel settore |



Incontri per la predisposizione del piano

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

Modulo PIP P.A.R.I.



| Data | Attività svolta | 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 31.12.2009:

| | |
|-----------------------|--|
| <i>Durata in mesi</i> | |
|-----------------------|--|

Articolazione della Dote:

| AZIONE | | IMPORTO |
|--|--|-----------------|
| DEFINIZIONE E SOTTOSCRIZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO | | |
| Descrizione del Percorso | Definire il percorso svolto per la redazione del PIP | |
| Obiettivo occupazionale specifico | Indicare nello specifico l'obiettivo occupazionale: settore di attività, qualifica, tipologia di contratto | € 500,00 |
| Attività/professione | Definire nello specifico l'attività/professionalità che si intende far raggiungere con l'attività del programma. | |
| Soggetto erogatore | | |
| n°. accreditamento soggetto erogatore | id di accreditamento, provvedimento di accreditamento e data | |



| PERCORSI DI FORMAZIONE PRESSO ENTI DI FORMAZIONE PER CORSI DI SPECIALIZZAZIONE | | |
|--|--|---|
| 1°MODULO | | |
| Descrizione del Percorso | Descrivere nel dettaglio il corso che si intende far svolgere | |
| Motivazione per la scelta dell'azione | Definire le motivazioni che hanno spinto alla scelta di questo corso | |
| Numero moduli <i>1 modulo € 1.500,00; 2 moduli € 3.000,00</i> | | |
| Durata in ore (minimo 80 a modulo) | | |
| Periodo | dal / / al / / | |
| Competenze da certificare | Competenze acquisite e certificate al termine della formazione | € |
| Esito previsto | esito previsto alla conclusione del percorso formativo | |
| Soggetto erogatore <i>(erogabile SOLO enti accreditati per la formazione – Sezione A)</i> | | |
| n° accreditamento soggetto erogatore | id di accreditamento, provvedimento di accreditamento e data | |
| Referente | | |
| PERCORSI DI FORMAZIONE PRESSO ENTI DI FORMAZIONE PER CORSI DI SPECIALIZZAZIONE | | |
| 2°MODULO | | |
| Descrizione del Percorso | | |
| Motivazione per la scelta dell'azione | | |
| Numero moduli <i>1 modulo € 1.500,00; 2 moduli € 3.000,00</i> | | |
| Durata in ore (minimo 80 a modulo) | | |
| Periodo | dal / / al / / | € |
| Competenze da certificare | | |
| Esito previsto | | |
| Soggetto erogatore <i>(erogabile SOLO enti accreditati per la formazione – Sezione A)</i> | | |
| n° | | |





| | | |
|--|--|---|
| accreditamento soggetto erogatore Referente | data | |
| PERCORSI FORMATIVI IN AZIENDA PER AZIONI DI ADATTAMENTO DELLE COMPETENZE 1°MODULO | | |
| Descrizione del Percorso | Descrivere nel dettaglio il percorso che svolgerà il lavoratore presso l'azienda | |
| Motivazione per la scelta dell'azione | indicare la motivazione per cui si è scelta questa modalità di formazione | |
| Numero moduli <i>1 modulo € 1.500,00; 2 moduli € 3.000,00</i> | | |
| Durata in ore (minimo 80 a modulo) | | |
| Periodo | dal / / al / / | € |
| Competenze da certificare | Competenze acquisite e certificate al termine della formazione | |
| Esito previsto | esito previsto alla conclusione del percorso formativo | |
| Soggetto erogatore <i>(erogabile SOLO da Aziende con capacità formativa)</i> | | |
| Referente | | |
| PERCORSI FORMATIVI IN AZIENDA PER AZIONI DI ADATTAMENTO DELLE COMPETENZE 2°MODULO | | |
| Descrizione del Percorso | | |
| Motivazione per la scelta dell'azione | | |
| Numero moduli <i>1 modulo € 1.500,00; 2 moduli € 3.000,00</i> | | |
| Durata in ore (minimo 80 a modulo) | | |
| Periodo | dal / / al / / | € |
| Competenze da certificare | | |
| Esito previsto | | |
| Soggetto erogatore <i>(erogabile SOLO da Aziende con capacità formativa)</i> | | |
| Referente | | |





| STAGE IN AZIENDA | |
|--|--|
| Descrizione del Percorso | Descrizione dello stage che si svolgerà: sede, mansioni, settore di inserimento, ecc |
| Motivazione per la scelta dell'azione | indicare la motivazione per cui si è scelta questa modalità esperienza |
| Numero moduli <i>1 modulo € 450,00; 2 moduli € 900,00</i> | |
| Durata in mesi (minimo 2, massimo 4) | |
| periodo | dal / / al / / dal / / al / / |
| Competenze da certificare | Competenze acquisite e certificate al termine della formazione |
| Esito previsto Stage n° 1 | esito previsto alla conclusione dello stage |
| Esito previsto Stage n° 2 | esito previsto alla conclusione del secondo stage |
| Soggetto erogatore | |
| n° accreditamento soggetto erogatore | |
| Referente | |
| PLACEMENT INDIVIDUALE | |
| € 1.500,00 ricollocazione con un contratto di lavoro a tempo indeterminato | |
| periodo | dal / / al / / |
| Esito previsto | Definire l'esito previsto sulla base di dell'obiettivo occupazionale: settore di attività, qualifica, tipologia di contratto |
| Soggetto erogatore <i>(erogabile SOLO dall'Ente titolare del PIP)</i> | |
| n° accreditamento soggetto erogatore | |
| TOTALE DOTE | |

€

€

€



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

Modulo PIP P.A.R.I.



DICHIARANO

- Di aver fornito informazioni al beneficiario sulla realizzazione e sugli obiettivi del *Piano Provinciale P.A.R.I. 2007 – Programma d’Azione per il Reimpiego di lavoratori svantaggiati*;
- 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 31.12.2009;
- 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 P.A.R.I. 2007 – Programma d’Azione per il Reimpiego di lavoratori svantaggiati*, 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.





Centri per l'Impiego Provinciali

.....
Firma del beneficiario



Modulo PIP P.A.R.I.