

 **ALLEGATO N. 2**

**SCHEDA PROGETTO**

“**Verona Form*AZIONE* & salute**”

La proposta progettuale, sottoscritta dal legale rappresentante, o suo delegato, con allegata copia del documento di riconoscimento in corso di validità, va trasmessa in formato pdf.

|  |
| --- |
| 1. **TITOLO PROGETTO**
 |
| *Scrivere il titolo del progetto.* |

|  |
| --- |
| 1. **AREA TEMATICA**
 |
| *Precisare l’area o le aree tematiche affrontate nel progetto indicando tra quelle riportate all’articolo 4 del bando.*  |

|  |
| --- |
| 1. **TITOLARE PROGETTO**
 |
| *È il soggetto giuridico titolare della domanda ed è il soggetto responsabile della realizzazione del progetto formativo.**Precisare:** + *la denominazione del soggetto legale proponente, titolare del piano formativo.*
	+ *Cognome nome del Legale rappresentante Ragione sociale Azienda/Ente.*
	+ *Codice e Divisione Ateco*
	+ *Telefono.*
	+ *PEC Aziendale di riferimento per le comunicazioni ufficiali.*
 |
|  |
| *Nel caso di associazione di più aziende appartenenti allo stesso settore produttivo (Divisione Ateco) le stesse indicano i propri dati identificativi di cui al punto precedente ed allegano una dichiarazione d’intenti/partnership a firma congiunta ad eccezione del capofila del progetto che andrà indicato come Titolare progetto (vedi articolo 7, lettera C).*  |

|  |
| --- |
| 1. **GESTORE**
 |
| * *Indicare, qualora definito, il soggetto che gestirà l’intervento formativo (può non coincidere dal soggetto titolare).*

*Nel caso di ente formativo questo deve essere iscritto nell’elenco regionale degli Organismi di Formazione accreditati.** *Precisare:*
* *- la denominazione del soggetto gestore;*
* *- cognome nome del Legale rappresentante Ragione sociale Azienda/Ente*
* *- Telefono*
* *- PEC Azienda le, E-mail*
 |

|  |
| --- |
| 1. **REFERENTE DEL PROGETTO**
 |
| *Va indicato un referente coordinatore con il compito di supervisionare il progetto nel suo complesso, assicurando la qualità degli interventi e coordinando l’attività di progettazione degli stessi, e inoltre di garantire il necessario coordinamento con l’Azienda ULSS 9 Scaligera e di relazionare sulle attività e gli esiti del progetto stesso.**Indicare i dati anagrafici del referente: Cognome, nome, ruolo, telefono, E-mail, PEC Azienda/ente.* |

|  |
| --- |
| 1. **ANALISI PRELIMINARE**
 |
| *Descrivere tutte le attività previste nella fase preliminare ai fini della rilevazione ed analisi dei bisogni formativi.* |

|  |
| --- |
| 1. **CONTESTO AZIENDALE**
 |
| *Indicare:** *Numero lavoratori dipendenti (uomini, donne, totale sia per tempo determinato che indeterminato)*
* *Numero lavoratori con contratto a termine e somministrazione e contratti atipici (uomini, donne, totale)*
 |

|  |
| --- |
| 1. **ARTICOLAZIONE PROGETTO FORMATIVO**
 |
| **INTERVENTO FORMATIVO N° …** *(compilare per ogni intervento formativo)* |
| Area o aree tematiche  | *Indicare l’area o le aree tematiche dell’intervento indicando tra quelle riportate all’articolo 4.* |
| Rilevazione bisogni formativi | *Descrivere le attività previste/realizzate.* |
| Bisogni formativi  | *Indicare i bisogni formativi.* |
| Obiettivi formativi  | *Indicare l’obiettivo/i formativo/i dell’intervento indicando tra quelli riportati all’articolo 6.* |
| Numero e tipologia dei destinatari  | *Indicare il numero dei destinatari dell’intervento e la sua tipologia: (alla data di presentazione del progetto)** *N. lavoratori/totale lavoratori,*
* *N. studenti/totale studenti,*
* *N. lavoratori (studenti) con disabilità/totale lavoratori (studenti) disabili*
* *N. lavoratori (studenti) stranieri/ totale lavoratori (studenti) stranieri*
* *N. lavoratrici madri/n. totale lavoratrici madri,*
* *N. lavoratori con meno di due anni di esperienza nell’esercizio delle proprie mansioni o attività/ n.totale di lavoratori con meno di due anni di esperienza..,*
* *N. lavoratori stagionali/ totale lavoratori stagionali,*
* *N. lavoratori senior (50 anni o più)/ n. totale lavoratori senior (50 anni e più),*
* *N. dirigenti/n.totale dirigenti,*
* *N. preposti/ n. totale preposti,*
* *N. RLS/ n. totale RLS..*

*Numero totale destinatari intervento formativo:**Numero totale soggetti da formare (si intende il numero totale derivante dalla somma degli interventi formativi previsti):* |
| Numero edizioni | *Precisare il numero di edizioni dell’intervento formativo previsti.* |
| Durata (ore) | *Indicare la durata dell’intervento formativo in ore o frazioni orarie. Le eventuali pause andranno escluse dal conteggio.* *Indicare le ore di formazione effettuate in orario di lavoro.* |
| Indicatori di monitoraggio e di verifica | *Specificare gli indicatori di monitoraggio e di verifica utilizzati (es: registro presenze, test di verifica dell’apprendimento, test di gradimento, n° soggetti formati, n° soggetti che hanno superato il test di verifica dell’apprendimento, prodotti/materiali realizzati ecc.).*  |
| Metodologie didattiche  | *Indicare le metodologie didattiche utilizzate nel corso dell’intervento formativo indicando tra quelle riportate all’art. 8. Per ogni metodologia didattica utilizzata andrà specificato in percentuale il tempo dedicato all’interno dell’intervento (ad esempio 20% lezione frontale/Relazione; 60% presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo; ecc.).**Si precisa che almeno il 30% del totale delle ore di formazione dovrà essere erogato con una metodologia didattica interattiva.* |
| Contenuti  | *Descrivere i contenuti dell’intervento formativo.* |

|  |
| --- |
| **INTERVENTO FORMATIVO N° …** *Completare la tabella come sopra per ogni intervento formativo.*  |

*Allegare eventualmente ogni altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione.*

Data e luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del legale rappresentante, o suo delegato.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Allegare copia del documento di riconoscimento del legale rappresentante, o suo delegato, in corso di validità.