



**PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)
(Missione 5 – Componente 1- Riforma 1.1)**

**AVVISO PUBBLICO – ATTUAZIONE IN REGIONE LOMBARDIA DELLE AZIONI DI RETE PER
IL LAVORO NELL'AMBITO DEL PERCORSO 5 DEL PROGRAMMA "GARANZIA
OCCUPABILITÀ DEI LAVORATORI – GOL"**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'INIZIATIVA

Data gg/mm/aaaa - ora

Codice identificativo:

Io sottoscritto/a.....nato/a a.....il.....residente
a.....in.....n.....a.....C.A.P.
..... Provincia, domicilio (se diverso dalla residenza) a.....in
.....n. a C.A.P. Provincia, Tel.
.....Codice Fiscale

CHIEDO

di partecipare all'iniziativa per poter fruire dei servizi previsti nel PIP sottoscritto con il soggetto
esecutore.....

Avvalendomi delle disposizioni di cui all'artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ

- ☐ di possedere i requisiti specifici previsti dal provvedimento attuativo;
- ☐ di non avere attivo nessun percorso di politica attiva finanziato attraverso risorse pubbliche incompatibile con la presente iniziativa.

DICHIARO INOLTRE

- ☐ di essere consapevole che su quanto dichiarato potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/00;
- ☐ di essere altresì consapevole delle conseguenze penali e amministrative di cui agli artt. 75 e 76 del citato DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, ivi compresa la decadenza immediata dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, nonché l'inibizione dalla possibilità di presentare domande di partecipazione all' iniziativa per 12 mesi dal momento della dichiarazione di decadenza dai benefici;
- ☐ di essere disponibile a fornire eventuale documentazione richiesta in caso di controlli in loco;

- ☐ di acconsentire all'eventuale utilizzazione dei dati forniti nella domanda per comunicazioni di Regione Lombardia in merito alle politiche regionali di istruzione, formazione e Lavoro;
- ☐ che la firma apposta sul presente documento viene considerata come presa visione dell'informativa in attuazione al Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003 e Regolamento UE n. 2016/679);
- ☐ di essere consapevole delle prescrizioni del provvedimento attuativo e, in particolare:
 - di aver concordato con il soggetto esecutore il percorso di fruizione dei servizi come riportato nel PIP allegato, da me sottoscritto;
 - di impegnarmi a partecipare alle attività previste nel PIP allegato;
 - di essere consapevole che i servizi previsti saranno rimborsati al soggetto esecutore a fronte della effettiva fruizione degli stessi e, ove previsto, solo al raggiungimento del risultato positivo di accesso al mercato del lavoro;
 - di impegnarmi alla compilazione dell'eventuale questionario di customer satisfaction al termine del percorso;
 - di conoscere le modalità di partecipazione all'iniziativa, con particolare riferimento alle conseguenze della rinuncia al PIP;
- ☐ di non percepire altri contributi pubblici a copertura della stessa spesa.

Mi impegno inoltre a comunicare tempestivamente al soggetto esecutore con cui ho definito il PIP allegato:

- ☐ eventuali modifiche nei requisiti di partecipazione all'iniziativa;
- ☐ eventuali difficoltà nell'attuazione dell'iniziativa;
- ☐ l'eventuale rinuncia ai servizi previsti nel PIP, con apposita comunicazione.

LUOGO e DATA _____ (FIRMA del beneficiario o di chi ne fa le veci) _____



AVVISO PUBBLICO – ATTUAZIONE IN REGIONE LOMBARDIA DELLE AZIONI DI RETE PER IL LAVORO NELL'AMBITO DEL PERCORSO 5 DEL PROGRAMMA "GARANZIA DI OCCUPABILITÀ DEI LAVORATORI – GOL"

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

(MISSIONE 5, COMPONENTE 1, RIFORMA 1.1)

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO

Beneficiario

Cognome			Nome		
Sesso					
Codice Fiscale					
Nato a		Il			
Residente a		Via		N.	
	CAP		Prov.		
Domiciliato a		Via		N.	
	CAP		Prov.		
Indirizzo email					
Recapito telefonico					

Esperienza formativa

Titolo di studio					
Conseguito il		Presso (Nazione)			

Soggetto esecutore

ID					
ID unità organizzativa					
Ragione sociale					

Responsabile unità organizzativa

Cognome		Nome	
Codice fiscale			
Ruolo	Indicare se Resp. UO o RL		

Tutor individuato dal soggetto esecutore

Cognome		Nome	
Codice fiscale			

Percorso di politica attiva

Attività previste

Nei successivi riquadri vanno indicate tutte le attività che il soggetto esecutore e il destinatario si impegnano comunemente a svolgere. All'elenco delle attività qui segnalate il soggetto esecutore dovrà fare riferimento nel monitoraggio dell'avanzamento del Piano.

A) Servizi al lavoro

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Soggetto che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Servizio 1			Sì/No		
Servizio 2			Sì/No		
...					
Servizio n			Sì/No		

B) Servizi alla formazione

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Soggetto che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Titolo Corso 1			Sì/No		
Titolo Corso 2			Sì/No		
...					
Titolo Corso n			Sì/No		

Soggetti coinvolti in Partenariato

- Indicare ragione sociale, Codice Fiscale
 - Indicare ragione sociale, Codice Fiscale-
 Indicare ragione sociale, Codice Fiscale

Articolazione della Dote: budget di **previsione** Ore Costo ora* Importi

Servizio 1			
Servizio 2			

Servizio n		
Totale		

Gli strumenti e le modalità di monitoraggio dell'avanzamento del piano e di valutazione dei risultati sono:

- compilazione timesheet
- compilazione registro formativo e delle presenze
- compilazione registro delle presenze e delle attività
- output e outcome di servizio
- dati delle Comunicazioni Obbligatorie

Luogo_____, lì _____

Soggetto esecutore _____

*Firma del rappresentante legale o di
altro soggetto con potere di firma*

Il Beneficiario _____

*Firma leggibile del destinatario o di chi
ne fa le veci*