



**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"**

DICHIARAZIONE RIASSUNTIVA UNICA

Soggetto esecutore

ID

ID unità
organizzativa

Ragione
sociale

Responsabile unità organizzativa

Cognome

Nome

Codice fiscale

Ruolo

Indicare se Resp. UO o RL

Il/la sottoscritto/a nato/a a....., prov....., il, Cod. Fiscale
..... in qualità di ☐ rappresentante legale / ☐ altro soggetto con potere di firma
....., del soggetto esecutore con
sede in via/piazza....., n., CAP..... Prov.

DICHIARA

di aver sottoscritto l'Atto di Adesione Unico con riferimento all'iniziativa di cui al d.d.u.o. del
15/04/2024 n. 5874 e quindi di accettare senza riserve le condizioni stabilite da Regione Lombardia
per l'erogazione dei servizi formativi e/o al lavoro in regime di concessione.

di aver preso in carico il/la Sig./ra:

[Campi compilati in automatico dlla 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			
Conseguito il	Presso (Nazione) (e)		

di aver accertato le generalità del Sig./ra codice fiscale e di aver acquisito dal/la stesso/a la documentazione attestante il possesso dei requisiti soggettivi previsti per l'accesso all'iniziativa, di cui al d.d.u.o. del 15/04/2024 n. 5874;

di aver accertato che il beneficiario preso in carico, sulla base delle sue caratteristiche soggettive, si colloca nel percorso di politica attiva n. ;

di aver concordato e sottoscritto, con il Sig./ra Sig./ra codice fiscale , un Piano di Intervento Personalizzato (PIP) che prevede i seguenti servizi con relativa valorizzazione economica (*):

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		

per un valore economico complessivo di servizi formativi e al lavoro pari ad € .

che il termine entro il quale si prevede di concludere i servizi contenuti nel Piano di Intervento Personalizzato è il/...../.....

di conservare presso la propria sede i documenti previsti per la partecipazione all'iniziativa, di cui all'Avviso del/...../.....

di aver individuato il tutor che dovrà accompagnare la persona durante la realizzazione del PIP

Cognome

Nome

Codice fiscale

di realizzare il PIP in collaborazione con i soggetti che seguono:

- *Indicare ragione sociale, Codice Fiscale*

- *Indicare ragione sociale, Codice Fiscale*

() Le modifiche al percorso che interverranno successivamente alla comunicazione di accettazione saranno tracciate nel sistema informativo dal soggetto esecutore, che conserverà la relativa documentazione agli atti, secondo le condizioni e le modalità indicate nei provvedimenti attuativi.*

Luogo _____, lì _____

*Firma digitale o firma elettronica qualificata
o firma elettronica avanzata del
rappresentante legale o di altro soggetto
con potere di firma _____*