

Allegato A.2.

AVVISO PUBBLICO

“LOMBARDIA PER LE DONNE - DOTE EMPOWERMENT”

PROGRAMMA REGIONALE FSE+ 2021-2027

(PRIORITÀ 1, ESO4.1, AZIONE A.1)

Decreto n. del

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'INIZIATIVA E PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO

ID DOMANDA:

CUP: E81D24000590009

La sottoscritta nata (..) il
residente a(..) cap in via/piazza n.....
domiciliata a(..) cap in via/piazzan.....
(se diverso dalla residenza)

Codice Fiscale

Recapito telefonico Indirizzo e-mail

CHIEDE

di partecipare all'Avviso pubblico “Lombardia per le donne - dote empowerment” per poter fruire dei servizi previsti nel Piano di Intervento Personalizzato, in calce alla presente e sottoscritto con il soggetto erogatore dei servizi (di seguito Operatore)

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

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA 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.

DICHIARA 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 D.P.R. 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;
- 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 l'Operatore da me scelto il percorso di fruizione dei servizi come riportato nel Piano di Intervento Personalizzato (PIP) allegato, da me sottoscritto;
 - di impegnarmi a partecipare alle attività previste nel PIP allegato;
 - di essere consapevole che i servizi previsti saranno rimborsati all'Operatore a fronte della effettiva fruizione degli stessi;
 - 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 alla Dote;
 - di non percepire altri contributi pubblici a copertura della stessa spesa.

Mi impegno, infine, a comunicare all'Operatore 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 nella Dote, con apposita comunicazione.

Luogo e Data _____ (Firma leggibile della destinataria) _____

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO

Destinataria

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

Esperienza formativa

Titolo di studio			
Conseguito il		Presso (Nazione)	

Soggetto erogatore dei servizi

ID	
ID unità organizzativa	
Ragione sociale	

Responsabile unità organizzativa

Cognome		Nome	
Codice fiscale			
Ruolo			

Tutor individuato/a dal soggetto erogatore dei servizi

Cognome		Nome	
Codice fiscale			

Percorso di Empowerment

Attività previste

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

- Servizi

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Soggetto che eroga il servizio	Numero Ore/ Output	Costo totale
Servizio di coaching e consulenza finalizzati al self empowerment				
Servizio di ricognizione ed esplicitazione delle competenze trasversali finalizzato al rilascio di competence badge				

Articolazione della Dote: budget di **previsione**

	Ore	Costo ora*	Importi
Servizi coaching e consulenza finalizzati al self empowerment			
Servizio di ricognizione ed esplicitazione delle competenze trasversali finalizzato al rilascio di competence badge			
Totale			

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

- Servizi coaching e consulenza - *time sheet*
- Servizio di ricognizione ed esplicitazione delle competenze - badge rilasciato

Luogo _____, lì _____

Soggetto erogatore

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

La Destinataria

(Firma leggibile della destinataria)