



**AVVISO PER LA REALIZZAZIONE DELL'OFFERTA FORMATIVA DEI PERCORSI DEL SISTEMA REGIONALE DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE**

**- ANNO FORMATIVO 2023/2024 -  
In attuazione della D.G.R. XII/576/2023**

di cui al Decreto della Struttura Formazione professionale (IeFP) e ITS Academy del \_\_/\_\_/\_\_, n. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO**

CUP: \_\_\_\_\_

Id dote: \_\_\_\_\_

**Destinatario**

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

**Esperienza formativa**

Titolo di studio			Dettaglio		
Conseguito il					

**Operatore accreditato**

ID operatore					
ID unità organizzativa					
Ragione sociale					

**Responsabile unità organizzativa**

Cognome		Nome	
Codice fiscale			
Ruolo	<i>(Indicare se Resp. UO o RL)</i>		

**Tutor individuato dall'operatore**

Cognome		Nome	
Codice fiscale			
Titolo di studio		Dettaglio	
Anni di esperienza			
Esperienza nel settore			

**Profilo del destinatario**

*Nel presente riquadro va inserita la scheda individuale degli ambiti di sviluppo risultante dal colloquio in cui si descrivono anche le caratteristiche del destinatario, nonché le sue esperienze.*

**Attività previste**

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

**A) Servizi di elaborazione e realizzazione del PIP**

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione	Di cui Quota a carico di Regione Lombardia
Servizio 1			n.a.			
Servizio 2			n.a.			
...			n.a.			
Servizio n			n.a.			

**B) Servizi alla formazione**

Tipologia di attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione	Di cui Quota a carico di Regione Lombardia
Servizio formativo			n.a.			
Funzione di servizio di sostegno durante il percorso formativo, riservato agli allievi disabili certificati			n.a.			

**Operatori coinvolti (specificare se in partenariato o delega)**

*- Indicare ragione sociale operatore, Codice Fiscale, indirizzo (via, CAP, Città, Provincia), referente*

*- Indicare ragione sociale operatore, Codice Fiscale, indirizzo (via, CAP, Città, Provincia), referente*

Articolazione della dote: budget di previsione	Ore	Costo ora*	Importo complessivo	Importo a carico di Regione Lombardia
Servizio 1				
Servizio 2				
----				
Servizio n				
Totale				€ 0,00
Totale indennità di partecipazione/altri incentivi				€ 0,00

Totale dote

€ 0,00

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/GRS (servizi formativi)
- compilazione scheda stage

Luogo \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

L'Operatore \_\_\_\_\_  
*Firma del rappresentante legale o di altro soggetto  
con potere di firma*

Il Destinatario \_\_\_\_\_  
*Firma leggibile del destinatario o di chi ne fa le veci*