ALLEGATO 1

SCHEMA SCHEDA DI ADESIONE

(destinatario della formazione)

(Dichiarazione sostitutiva ai sensi art. 47, D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto in qualità di

della ditta con sede a in via

PIVA iscritta alla camera di commercio di

al n.

COMUNICO

la mia adesione al corso di formazione dal titolo

organizzato da

Per i corsi di formazione rivolti alle microimprese, piccole e medie ai sensi dell’articolo 47 del Reg 702/2014 (cfr paragrafo 5.4.1.) deve essere anche dichiarato:

di non essere soggette all’applicazione dell’articolo 1, paragrafo 5, del Reg. (UE) n. 702/2014 così come previsto dalla ”clausola Deggendorf”, che vieta l’erogazione di aiuti di Stato ad imprese che debbano restituire precedenti aiuti giudicati illegali ed incompatibili dalla Commissione.

**oppure** allega la dichiarazione del legale rappresentate dell’impresa di cui è dipendente.

Firma

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

La firma è autenticata a norma dell’art. 38 DPR 445/2000 con la presentazione di copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore che deve essere allegata

ALLEGATO 2

1. INFORMAZIONI PERSONALI

Nome e cognome

Indirizzo (residenza o domicilio)

Telefono

data di nascita

2. TITOLO DI STUDIO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Laurea | Facoltà | data |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diploma | istituto | data |
|  |  |  |

3. ESPERIENZA LAVORATIVA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | da a | datore di lavoro | Mansione svolta |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Totale anni |  |  |  |

4. FASCIA DI LIVELLO POSSEDUTA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Qualifica (docenti, dirigenti, ricercatori…….. | Attività (formative, …….) | settore | Periodo da a | Fascia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Totale anni |  |  |  |  |

Firma

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

La firma è autenticata a norma dell’art. 38 DPR 445/2000 con la presentazione di copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore che deve essere allegata

Allegato 3

SCHEMA REGISTRO DIDATTICO

 **   ** 

REGISTRO DIDATTICO – Misura 19.2.1.1.B - PSL GAL FLAMINIA CESANO (PSR MARCHE 2014/2020)

RELATIVO AL CORSO:

Denominazione …………………………………………………………………..…..

Codice corso ……………………………………..

Sede corsuale: ……………………………………………………………………..

(comune – indirizzo – telefono)

Ente gestore ……………………………………………………………………..

(denominazione – indirizzo – telefono)

DATA INIZIO CORSO

……………………………………..

DATA DI FINE CORSO

……………………………………..

IL COORDINATORE DEL CORSO

(timbro e firma)

Le lezioni, le esercitazioni e le assenze debbono essere computate in ore effettive

Il presente registro si compone di n ………….. pagine. Prima di essere posto in uso è stato vidimato dal sottoscritto, con data, firma e apposizione del timbro di ufficio in ciascuna pagina.

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE

Luogo e data

DATA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
|  | | | |

|  |
| --- |
| Materia: …………………………………..  Argomento ……………………………..  Dalle ore ……….. alle ore ……….  Firma Docente ………………………  Firma Tutor/Ass.te ………………… |
| Materia: …………………………………..  Argomento ……………………………..  Dalle ore ……….. alle ore ……….  Firma Docente ………………………  Firma Tutor/Ass.te ………………… |
| Materia: …………………………………..  Argomento ……………………………..  Dalle ore ……….. alle ore ……….  Firma Docente ………………………  Firma Tutor/Ass.te ………………… |

N. ore del giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. ore totali (progressivo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Coordinatore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTE

Firma Timbro

………………….. ………………………….. Pagina ………. Di …………..

Allegato 4

 **   ** 

Ente di formazione accreditato XXXXX

Corso di formazione:” XXXXXXX”

Questionario di gradimento - PRE

Titolo del Corso

**Interesse rispetto ai temi in programma**

(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Titolo del modulo formativo | Mettere una crocetta | | | | |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Autovalutazione delle conoscenze e delle competenze in ingresso al corso**

Le chiediamo di indicare il livello di padronanza che lei ritiene di avere prima del corso relativamente alle competenze e comportamenti professionali, dichiarati come obiettivo del Corso.

(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Competenze/Abilità | Mettere una crocetta | | | | |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Conoscenze | Mettere una crocetta | | | | |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fine prima parte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Questionario di Reazione - POST

La presente sezione del questionario va compilata a conclusione dell’attività formativa.

**Interesse rispetto ai temi trattati**

(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Titolo del modulo formativo | Mettere una crocetta | | | | |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Percezione sul conseguimento degli obiettivi**

Le chiediamo di indicare il livello di padronanza che lei ritiene di aver raggiunto dopo il corso relativamente alle competenze e comportamenti professionali, dichiarati come obiettivo del Corso.

(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Competenze/Abilità | Mettere una crocetta | | | | |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Conoscenze | Mettere una crocetta | | | | |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Percezione efficacia didattica corso**

Indicare il livello di efficacia delle attività svolte in aula e dei metodi didattici sperimentati.

(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Metodologie sperimentate durante il corso | Mettere una crocetta | | | | |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Percezione sull’efficacia del docente**

Le chiediamo di indicare il livello di efficacia del docente

(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Docente xxxxx | Mettere una crocetta | | | | |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tutor xxxxx | Mettere una crocetta | | | | |
| Chiarezza espositiva | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Capacità di organizzare il lavoro di gruppo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Efficacia dell’interazione con i partecipanti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Percezione sull’utilità professionale del Corso**

Le chiediamo quanto sia utile nel lavoro che svolge quanto appreso nel corso

(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UTILITA’ PROFESSIONALE | Mettere una crocetta | | | | |
| Conoscenze teoriche | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Abilità/competenze spendibili sul lavoro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Soddisfazione rispetto alle soluzioni organizzative e logistiche**

(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SOLUZIONI ORGANIZZATIVE E LOGISTICHE | Mettere una crocetta | | | | |
| Sede dei corsi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Servizio segreteria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Struttura del corso**

(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| STRUTTURA CORSO | Mettere una crocetta | | | | |
| Scelta dei temi di ciascuna giornata | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sviluppo dei contenuti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Scelta dei docenti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Analisi delle esigenze di formazione**

Nell’ambito dei temi trattati quale/i di questi necessita di ulteriore approfondimento? Esprima degli eventuali suggerimenti.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Problemi e suggerimenti da segnalare per migliorare la prossima edizione del Corso**

(Dovendo riproporre un corso analogo ai suoi colleghi, individuare le modifiche che si suggeriscono in termini di contenuti, modalità organizzative, svolgimento delle attività, tempi e quant’altro si ritiene opportuno).

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

ALLEGATO 5

 **   ** 

**ATTESTATO DI FREQUENZA**

DENOMINAZIONE DEL CORSO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificati progetto (ID SIAR)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONFERITO AL CANDIDATO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CUAA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENTE O STRUTTURA FORMATIVA

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

SEDE:

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

L’ORGANISMO ATTUATORE (Timbro e Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL PRESIDENTE DEL GAL FLAMINIA CESANO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(In bollo a norma di legge)

1 - DENOMINAZIONE DEL CORSO

2 - PROFILO PROFESSIONALE DI RIFERIMENTO

3 - DURATA DEL CORSO

ore

4 - REQUISITI DI ACCESSO

5 - CONTENUTI DEL CORSO

6 - Tipo di prove di valutazione finale

* colloquio
* prove scritte
* prova pratica o simulazione
* altro

7 - Annotazioni integrative \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGATO 6.1

**Rendicontazione dei costi sostenuti per il personale dipendente**

ENTE ACCREDITATO

|  |
| --- |
|  |

ID PROGETTO:

|  |
| --- |
|  |

COGNOME E NOME:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anno | Mese | Busta paga importo lordo  totale | Busta paga importo lordo  Rendicontato [[1]](#footnote-1) | INPS [[2]](#footnote-2) | INAIL[[3]](#footnote-3) | ENPAIA[[4]](#footnote-4) | TFR[[5]](#footnote-5) | Altro | Note |
|  | Febbraio |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Marzo |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Aprile |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Maggio |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Giugno |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Luglio |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Agosto |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Settembre |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ottobre |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Novembre |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Dicembre |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro del soggetto attuatore e firma del responsabile legale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGATO 6.2

**Rendicontazione dei costi sostenuti per il personale non dipendente**

Soggetto attuatore:

|  |
| --- |
|  |

codice domanda:

|  |
| --- |
|  |

Rendicontazione dei costi sostenuti per il personale non dipendente

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SPECIFICA DEI COSTI SOTENUTI | | | | | | | |
| Cognome nome | Tipo di contratto | Documento contabile giustificativo | | | Importo al netto di IVA[[6]](#footnote-6) | IVA + altre imposte | Importo totale |
| n. | Data | Emessa da [[7]](#footnote-7) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | TOTALI |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PAGAMENTI EFFETTUATI | | | Percentuale di competenza  % | Costo rendicontato |
| Estremi del pagamento | | Importo totale |
| Modalità [[8]](#footnote-8) | Data |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | TOTALI |  |  |  |

1. L'importo riportato deve essere già stato calcolato per la percentuale di competenza del progetto, indicando il valore di quest'ultima. Deve essere compilato un modello per ogni tecnico di ogni soggetto attuatore e partner impiegato in ogni classe di costo di cui al riepilogo generale, oltre che per il coordinatore del progetto. [↑](#footnote-ref-1)
2. Specificare sinteticamente le modalità di calcolo delle voci: [↑](#footnote-ref-2)
3. vedi 2 [↑](#footnote-ref-3)
4. vedi 2 [↑](#footnote-ref-4)
5. vedi 2 [↑](#footnote-ref-5)
6. Importo comprensivo della ritenuta di acconto se dovuta [↑](#footnote-ref-6)
7. Va indicato il professionista [↑](#footnote-ref-7)
8. Indicare se bonifico bancario (BB), assegno bancario (AB), bollettino postale (BP). [↑](#footnote-ref-8)