**ALLEGATO C1**

**MODULO**

***“AZIONI DI SUPPORTO***

***AGLI ALLIEVI ADULTI CON INVALIDITÀ CIVILE”***

## MISURA “PROGETTI A SUPPORTO DELL’INTEGRAZIONE

## DEGLI ALLIEVI CON DISABILITÀ” (III.h.6.11)

**Avviso pubblico per l’attivazione di**

**“Interventi formativi per l’inclusione socio-lavorativa di soggetti vulnerabili”**

**Anno formativo 2024-2025**

**Atto di Indirizzo per la programmazione degli “Interventi formativi**

**per l’inclusione socio-lavorativa di soggetti vulnerabili”**

**(D.G.R. n. 15-8700 del 03/06/2024)**

***MODULO***

***“AZIONI DI SUPPORTO AGLI ALLIEVI ADULTI CON INVALIDITÀ CIVILE”***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *DIRETTIVA - AVVISO DI RIFERIMENTO**(denominazione ed estremi di approvazione)* |  | |
| *AGENZIA FORMATIVA* |  | |
| **SEDE OPERATIVA** |  | |
| **ID ATTIVITÀ PERCORSO** |  | |
| **DENOMINAZIONE PERCORSO** |  | |
| **DURATA PERCORSO** | **Annuale [ ]** | **Biennale [ ]** |
| **DURATA E COSTO INTERVENTO** | **N. ore complessive: \_\_\_\_\_\_**  **di cui n. ore \_\_\_\_\_ in back-office** | **Totale costo progetto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **DURATA PROGETTO** | **n. oe richieste annualmente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DENOMINAZIONE PERCORSO** |  | | |
| **DURATA PERCORSO** | **Annuale ** | **Biennale ** | |
| **DURATA E COSTO INTERVENTO** | **N. ore complessive ……**  **di cui n. ore ……. in *back-office*** | | **Totale costo progetto …………….** |
| **DURATA PROGETTO** | **n. ore richieste annualmente ………..** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMINATIVO ALLIEVO/A | **Nome** | **Cognome** |
| **DOCUMENTAZIONE ALLEGATA[[1]](#footnote-1)** | **Diagnosi Funzionale/Profilo di funzionamento su supporto informatico** | |
| **RESPONSABILE**  **PROGETTO** | **Nominativo** |  |
| **n° telefono per comunicazioni** |  |
| **e-mail per comunicazioni** |  |

# Preventivo di spesa

La valorizzazione della spesa viene calcolata secondo le seguenti modalità:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia  UCS** | **Valore**  **UCS** | **Modalità di calcolo  Spese generali** | **Tipologia attività applicabile** | **Codici attività** | **Fascia allievi/e**  **(a consuntivo)** |
| **Ora/allievo** | **€ 40,00** | **Spese generali = € 40,00**  **x n° ore previste** | **Progetti** | **III.h.6.11** | **Attività individuale** |

**REGIONE PIEMONTE**

**DIREZIONE ISTRUZIONE FORMAZIONE LAVORO**

**SETTORE FORMAZIONE PROFESSIONALE**

**Avviso pubblico per l’attivazione di“Interventi formativi per l’inclusione socio-lavorativa di soggetti vulnerabili”**

**Periodo 2024-2025**

**MISURA “PROGETTI A SUPPORTO DELL’INTEGRAZIONE DEGLI ALLIEVI CON DISABILITA’” (III.h.6.11)**

|  |
| --- |
| **PROGETTO FORMATIVO DI SOSTEGNO INDIVIDUALE** |

|  |  |
| --- | --- |
| Agenzia Formativa  (Cod. Op. e Denominazione) |  |
| Sede |  |
| Tipologia, durata e ID attività formativa |  |
| Nominativo allievo/a |  |
| Breve descrizione delle caratteristiche dell’allievo |  |
| N. ore di sostegno richieste |  |
| Breve modalità di utilizzo delle ore di sostegno in rapporto alle caratteristiche dell’intervento formativo (*progetto individualizzato*) |  |
| Insegnante di riferimento (Nominativo, n. telefonico, email) |  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Responsabile di sede

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

1. Eventuale documentazione integrativa potrà essere richiesta successivamente. [↑](#footnote-ref-1)