

**FORMULARIO PER INTERVENTI COFINANZIATI CON IL FSE**

**Settore e filiera dell'Audiovisivo**

**Contenuto**

**SEZIONE A: PRESENTAZIONE ATTIVITÀ PREVISTA**

**SEZIONE B: SOGGETTO PROPONENTE O EVENTUALE CAPOFILA ATI/ ATS**

**SEZIONE C: COMPONENTI DELL'EVENTUALE ATI/ATS**

**SEZIONE D: DESCRIZIONE DELL' ATTIVITÀ PREVISTA**

**SEZIONE E: DESTINATARI DELL' ATTIVITÀ PREVISTA**

**SEZIONE F: RISORSE UMANE**

**SEZIONE G: SCHEDA FINANZIARIA**

## SEZIONE A: PRESENTAZIONE ATTIVITÀ PREVISTA

**A.1.** – Tipologia attività (possono essere selezionate entrambe le attività):

Tirocini formativi                       Coaching

**A.2.** – Denominazione soggetto proponente:

**A.3.** – Tipologia del soggetto proponente:

- IMPRESA (MICROIMPRESA, PICCOLA, MEDIA O GRANDE IMPRESA)
- SOGGETTI GIURIDICI PUBBLICI E PRIVATI DIVERSI DALL'IMPRESA
- ATI/ATS

**A.4** – Quadro di sintesi della proposta:

**A. 5 – COSTO TOTALE DELLA PROPOSTA .....**

**A.6 – TIROCINI FORMATIVI**

**A.6.1** – Quadro di sintesi dell'attività di tirocinio formativo:

**A.6.2** – Tipologia impresa/e destinataria/e degli interventi previsti:

Tipologia impresa beneficiaria dell'intervento	Dimensione*			Comune sede operativa	Settore economico
	1	2	3		

**\* barrare:**

**1:** Piccola impresa, se supera i valori della tipologia 1, occupa meno di 50 persone e realizza un fatturato annuo o un totale di bilancio annuo non superiori a 10 milioni di Euro

**2:** Media impresa, se supera i valori delle tipologie 1 e 2, occupa meno di 250 persone, e realizza un fatturato annuo superiore a 50 milioni di Euro oppure un bilancio annuo non superiore a 43 milioni di Euro

**3:** Grande impresa, se occupa più di 250 persone e realizza un fatturato annuo superiore a 50 milioni di Euro oppure un bilancio annuo superiore a 43 milioni di Euro

**A.6.3.** – Durata totale dell'attività di tirocinio formativo: \_\_\_\_\_ (max. 12 mesi)

**A.6.4** – Costo totale per tirocini formativi:

## A.7 – COACHING

A.7.1 – Quadro di sintesi dell'attività di coaching:

A.7.2 – Tipologia impresa/e destinataria/e degli interventi previsti:

Tipologia impresa beneficiaria dell'intervento	Dimensione*			Comune sede operativa	Settore economico
	1	2	3		

\* **barrare:**

1: Piccola impresa, se supera i valori della tipologia 1, occupa meno di 50 persone e realizza un fatturato annuo o un totale di bilancio annuo non superiori a 10 milioni di Euro

2: Media impresa, se supera i valori delle tipologie 1 e 2, occupa meno di 250 persone, e realizza un fatturato annuo superiore a 50 milioni di Euro oppure un bilancio annuo non superiore a 43 milioni di Euro

3: Grande impresa, se occupa più di 250 persone e realizza un fatturato annuo superiore a 50 milioni di Euro oppure un bilancio annuo superiore a 43 milioni di Euro

A.7.3. – Durata totale dell'attività di coaching: \_\_\_\_\_

A.7.4 – Costo totale dell'attività di coaching:

A.7.5 – Tabella di sintesi

	euro	%
Costo totale dell'intervento:		100
Costo di competenza pubblica:		
Quota di competenza privata:		

**A.7.6** – Calcolo del contributo pubblico e privato

N. impresa	Ragione sociale			Tipologia impresa <i>Barriere</i>			Tipologia destinatari avviati in formazione			COSTO PER IMPRESA					
				Grande	Media	Piccola	Disabili/ svantaggiati	Altri	Totale		Contributo pubblico		Contributo privato		
									<i>Euro</i>	%	<i>Euro</i>	%	<i>Euro</i>	%	
1										100,0					
2										100,0					
*															
<b>TOTALE</b>											100,0				

*Aggiungere riga azione, se necessario*

**Note**

**AIUTI ALLA FORMAZIONE:**

In considerazione di quanto indicato nel considerata del Reg. CE 800/2008 della Commissione, punto 63, gli interventi formativi previsti con il presente avviso sono considerati di natura generale. Pertanto, si applicano i seguenti massimali di contribuzione in ragione delle dimensioni delle imprese:

Tipologia di impresa	Formazione generale
<b>GRANDE IMPRESA</b>	60%
<b>MEDIA IMPRESA</b>	70%
<b>PICCOLA IMPRESA</b>	80%

Ai fini del calcolo dell'intensità massima del contributo rileva, oltre alla tipologia di impresa, anche la presenza tra i destinatari di:

Lavoratori svantaggiati:

- chi non possiede un diploma di scuola media superiore o professionale (ISCED 3);
- lavoratori che hanno superato i 50 anni di età.

Lavoratori disabili: lavoratori affetti da minorazioni psichiche e portatori di handicap che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invaliderà civile, prevista all'art. 1 della Legge 68/99, in conformità alla tabella delle percentuali di invalidità per minorazioni e malattie invalidanti, approvata ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. 23 novembre 1988, n.509, dal Ministero della Sanità.

**Infatti, in tal caso l'importo del contributo può essere elevato di un ulteriore 10%, entro comunque l'intensità massima dell'80%. Qualora nel singolo corso siano presenti sia allievi disabili e/o svantaggiati che altri allievi, dovranno essere applicate percentuali differenziate di contributo.**

**SEZIONE B: SOGGETTO PROPONENTE O EVENTUALE CAPOFILA ATI/ATS**

**B.1** – Ragione sociale del soggetto proponente (o capofila dell'eventuale A.T.I./A.T.S): .....  
(indicare la denominazione completa, inclusa la tipologia societaria: Srl, Spa, onlus, Snc, ecc):

**B.2** – Partita Iva : |\_\_\_\_\_|

**B.3**– Codice fiscale : |\_\_\_\_\_|

**B.4.**– Informazioni anagrafiche:

**B.4.1** – Rappresentante legale:

Nominativo |\_\_\_\_\_| Cod.fiscale |\_\_\_\_\_|

Nato il: |\_\_\_\_\_| Città: |\_\_\_\_\_| Prov.: |\_\_\_\_\_|

Residenza Anagrafica :

C.a.p.: |\_\_\_\_\_| Città : |\_\_\_\_\_| Prov.: |\_\_\_\_\_|

Tel. : |\_\_\_\_\_| Fax : |\_\_\_\_\_|

**B.4.2** – Sede legale del soggetto proponente:

Indirizzo : |\_\_\_\_\_|

C.a.p.: |\_\_\_\_\_| Città : |\_\_\_\_\_| Prov.: |\_\_\_\_\_|

Tel. : |\_\_\_\_\_| E-mail : |\_\_\_\_\_|

Fax: |\_\_\_\_\_|

**B.4.3** – Sede operativa del soggetto proponente

Indirizzo : |\_\_\_\_\_|

C.a.p.: |\_\_\_\_\_| Città : |\_\_\_\_\_| Prov.: |\_\_\_\_\_|

Tel. : |\_\_\_\_\_| E-mail : |\_\_\_\_\_|

Fax: |\_\_\_\_\_|

**B.5** – Attività similari o affini all'ambito della tipologia di intervento proposta svolte negli ultimi 3 anni:

Attività svolta	Anno	Importo

**SEZIONE C: COMPONENTI DELL'EVENTUALE ATI/ATS**

Soggetto n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

**EVENTUALE COMPONENTE ATI/ATS**

**C.1** - Ragione sociale del soggetto mandante dell'A.T.I./A.T.S: .....  
(indicare la denominazione completa, inclusa la tipologia societaria: Srl, Spa, onlus, ecc):

**C.2** - Partita Iva (in assenza reinserire il codice fiscale): |\_\_\_\_\_|

**C.3** - Codice fiscale: |\_\_\_\_\_|

**C.4** - Il soggetto mandante parte dell'ATI/ATS) è:

Ente di formazione       Ente di diritto privato       Ente di diritto pubblico

**C.5.-** Informazioni anagrafiche:

**C.5.1** - Rappresentante legale:

Nominativo |\_\_\_\_\_|      Cod.fiscale |\_\_\_\_\_|

Nato il: |\_\_\_\_\_|      Città: |\_\_\_\_\_|      Prov.: |\_\_\_\_\_|

Residenza Anagrafica :

C.a.p.: |\_\_\_\_\_|      Città : |\_\_\_\_\_|      Prov.: |\_\_\_\_\_|

Tel. : |\_\_\_\_\_|      Fax : |\_\_\_\_\_|

**C.5.2** - Sede legale:

Indirizzo : |\_\_\_\_\_|

C.a.p.: |\_\_\_\_\_|      Città : |\_\_\_\_\_|      Prov.: |\_\_\_\_\_|

Tel. : |\_\_\_\_\_|      E-mail : |\_\_\_\_\_|

Fax: |\_\_\_\_\_|

**C.5.3** - Sede operativa

Indirizzo : |\_\_\_\_\_|

C.a.p.: |\_\_\_\_\_|      Città : |\_\_\_\_\_|      Prov.: |\_\_\_\_\_|

Tel. : |\_\_\_\_\_|      E-mail : |\_\_\_\_\_|

Fax: |\_\_\_\_\_|

**C.6** - Attività simili o affini all'ambito della tipologia di intervento proposta svolte negli ultimi 3 anni:

Attività svolta	Anno	Importo

**C.7** - Competenze nell'attuazione delle attività previste (max 10 righe):

--

## **SEZIONE D: DESCRIZIONE DELL' ATTIVITÀ PREVISTA**

### **D.1. – Presentazione delle attività previste**

#### **D.1.1- Descrizione generale (max 25 righe)**

--

#### **D.1.2- Obiettivi generali delle attività: (max 20 righe)**

--

### **D.2 –Risultati attesi:**

#### **D.2.1. -Impatto delle attività sull'assetto tecnologico aziendale (max. 20 righe):**

--

#### **D.2.2. – Impatto delle attività sull'assetto organizzativo aziendale (max. 20 righe):**

--

### **D.3 – Priorità (se presenti):**

#### **D.3.1: – Descrizione delle iniziative prese a favore delle politiche di mainstreaming di genere, se presente (max. 20 righe):**

--

## SEZIONE E : DESTINATARI DEL PROGETTO

E.1 - Numero destinatari previsti:

E.2 - Destinatari previsti

E.2.1 - Destinatari previsti per sesso

SESSO	N.	%
Maschi		
Femmine		
<b>Totale</b>		100
<i>di cui disabili *</i>		

E.2.2 - Destinatari previsti per nazionalità

NAZIONALITÀ	N.	%
Lavoratori italiani		
Lavoratori immigrati		
<b>Totale</b>		100

E.2.3 - Destinatari previsti per tipologia di contratto

TIPOLOGIA DI CONTRATTO	N.	%
Contratto a tempo indeterminato		
Contratto a tempo determinato		
Tempo parziale		
Lavoro intermittente		
Lavoro ripartito		
Contratto d'apprendistato		
Contratto formazione e lavoro		
Contratto di inserimento		
Contratto a progetto		
Cassa integrazione guadagni		
Soci di cooperative iscritti al libro paga		
Titolari/soci delle imprese iscritti al libro paga		
<b>Totale</b>		100

E.2.4- Destinatari previsti per classe d'età

CLASSE D'ETÀ	N.	%
15-19		
20-24		
25-29		
30-35		
<b>Totale</b>		100

**E.2.6 – Destinatari previsti per titolo di studio**

<i>TITOLO DI STUDIO</i>	<i>N.</i>	<i>%</i>
Qualifica professionale (corsi promossi dalla Regione inerenti il settore dell'audiovisivo)		
Qualifica professionale post-diploma		
Certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS)		
Diploma universitario o laurea di base		
Master post laurea di base		
Laurea		
Diploma post- laurea (dottorato, master, specializzazione)		
<b>Totale</b>		100

\* lavoratori affetti da minorazioni psichiche e portatori di handicap che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile, prevista all'art. 1 della Legge 68/99, in conformità alla tabella delle percentuali di invalidità per minorazioni e malattie invalidanti, approvata ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. 23 novembre 1988, n.509, dal Ministero della Sanità.

\*\* lavoratori svantaggiati

**SEZIONE F: RISORSE UMANE**

**F.1** – Indicare i dati relativi alle risorse umane impiegate nelle attività.

**F.1.1** – Risorse umane interne

N.	Nome e Cognome	Soggetto di riferimento	Codice fiscale	Titolo di studio	Ruolo*	Esperienza <i>N. anni</i>	Costo Totale <i>Euro</i>	Parametri di costo (ora/uomo o giornata/uomo)					
								Costo orario <i>Euro</i>	Impegno <i>N. ore</i>	Costo giornata <i>Euro</i>	Impegno N. <i>giornate</i>		

**F.1.2** – Risorse umane esterne

N.	Nome e Cognome	Soggetto di riferimento	Codice fiscale	Titolo di studio	Ruolo*	Esperienza <i>N. anni</i>	Costo Totale <i>Euro</i>	Parametri di costo (ora/uomo o giornata/uomo)					
								Costo orario <i>Euro</i>	Impegno <i>N. ore</i>	Costo giornata <i>Euro</i>	Impegno N. <i>giornate</i>		

\*Indicare: rendicontatore, coordinatore, tutor, amministrativo di progetto, coach, ecc.

Per il personale indicato deve essere allegato il curriculum secondo quanto indicato nell'Avviso.

## SEZIONE G: SCHEDA FINANZIARIA

### G.1 – Scheda finanziaria riepilogativa:

Categorie	Azioni (inserire colonna azione se necessario)			
	Attività 1	Attività 2	Totale	
A – Risorse umane				
B – Spese allievi				
C – Spese di funzionamento e gestione				
D – Altre spese				
E – Borse				
<b>Totale</b>				100,%
<i>Di cui quota pubblica</i>				%
<i>Di cui quota di cofinanziamento privato</i>				%

### G.3 – Preventivo finanziario dettagliato:

Tab. G.3.1

A.	Macrovoce di spesa: Risorse umane –costi diretti	TOTALE	Azione 1	Azione 2	<i>Inserire colonna azione se necessario</i>
A.1	Risorse umane interne (specificare per ruolo)*	€	€	€	€
	– Coach				
	– tutor	€	€	€	€
	– amministrativi di progetto	€	€	€	€
	– coordinatore	€	€	€	€
	– rendicontatori	€	€	€	€
	– Altro (specificare)	€	€	€	€
A.2	Risorse umane esterne (specificare per ruolo)*	€	€	€	€
	– progettisti	€	€	€	€
	– docenti	€	€	€	€
	– tutor	€	€	€	€
	– amministrativi di progetto	€	€	€	€
	– ricercatori	€	€	€	€
	– coordinatore	€	€	€	€
	– rendicontatori	€	€	€	€
	– Altro (specificare)	€	€	€	€
A.3	Spese di viaggio, vitto e alloggio	€	€	€	€
A.4	Altro (specificare)	€	€	€	€
	<b><i>Totale macrovoce:</i></b>	€	€	€	€

\*Indicare il costo delle risorse umane per ruolo ricoperto, come da tabella H.

Tab. G.3.2

B.	Macrovoce di spesa: Spese allievi – costi diretti	TOTALE	Azione 1	Azione 2	Inserire colonna azione se necessario
B.1	Assicurazione Inail ed assicurazioni aggiuntive	n.a			
B.2	Retribuzione ed oneri personale dipendente	€	€	€	€
B.3	Spese di viaggio, vitto e alloggio	€	€	€	€
B.4	Altro (specificare)	n.a			
	<b>Totale macrovoce:</b>	€	€	€	€

Tab. G.3.3

C.	Macrovoce di spesa: Spese di funzionamento e gestione – costi indiretti	TOTALE	Azione 1	Azione 2	Inserire colonna azione se necessario
	Attrezzature: affitto o leasing Attrezzature: ammortamento Attrezzature: manutenzione ordinaria Indumenti protettivi Immobili: affitti Immobili: ammortamento Immobili: condominio Immobili: manutenzione e pulizie Cancelleria e stampati Ammortamento attrezzature per attività non didattiche Assicurazione Energia, gas ed acqua Spese postali e telefoniche Riscaldamento e condizionamento Spese varie di gestione Collegamenti telematici e spese telefoniche Spese cariche sociali Altro (specificare es. pubblicità istituzionale):				
	<b>Totale macrovoce:</b>	€	€	€	€

Tab. G.3.4

D.	Macrovoce di spesa: Altre spese – costi diretti	TOTALE	Azione 1	Azione 2	Inserire colonna azione se necessario
D.1	Acquisto materiale didattico	€	€	€	€
D.2	Pubblicità del corso	€	€	€	€
D.3	fideiussione	€	€	€	€
D.4	Affitto/Leasing/Ammortamento attrezzature formazione a distanza	€	€	€	€
D.5	Altro (specificare)	€	€	€	€
	<b>Totale macrovoce:</b>	€	€	€	€

Tab. G.3.5

E.	Macrovoce di spesa: Borse	TOTALE	Azione 1	Azione 2	Inserire colonna azione se necessario
E.1	Borse per tirocini	€	€	€	€
	<b>Totale macrovoce:</b>	€	€	€	€

**G.4** - In caso di ATI/ATS, compilare la seguente tabella:

Componente ATI/ATS	Azione 1		Azione 2		Inserire colonna azione se necessario		TOTALE	
	€	%	€	%	€	%	€	%
							<b>totale</b>	100,0

Il legale rappresentante del soggetto proponente acconsente all'utilizzazione dei dati immessi ai sensi della legge n. 196/2003: si  no

Firma: .....

Il presente formulario si compone di pagine:.....

Luogo e data:.....

-----  
 Timbro e firma del legale rappresentante del  
 soggetto proponente / soggetto mandatario  
 dell'eventuale ATI/ATS