



PIANO PROVINCIALE PER IL SOSTEGNO E L'INSERIMENTO LAVORATIVO DELLE PERSONE DISABILI
ANNO

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO

Alla Provincia di Cremona

N° PIP: (☐ VARIAZIONE)

Dote: **NOTE LAVORO - INSERIMENTO LAVORATIVO (disabili deboli oltre il 79%)**

Operatore accreditato

RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE

ID OPERATORE/ANNO ISCRIZIONE

N. ISCRIZIONE

DATA ISCRIZIONE

Unità organizzativa

INDIRIZZO, CAP, COMUNE, PROVINCIA

Responsabile unità organizzativa

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

RUOLO

☐ Responsabile UO ☐ Rappresentante legale

Tutor individuato dall'operatore

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

ANNI DI ESPERIENZA

TITOLO DI STUDIO

DESCRIVERE L'ESPERIENZA NEL SETTORE (DURATA NON INFERIORE A QUELLA PREVISTA DALL'ACREDITAMENTO REGIONALE)

Tutor aggiuntivo (eventuale)

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

ANNI DI ESPERIENZA

TITOLO DI STUDIO

DESCRIVERE L'ESPERIENZA NEL SETTORE (DURATA NON INFERIORE A QUELLA PREVISTA DALL'ACREDITAMENTO REGIONALE)

Destinatario

COGNOME

NOME

NATO A

IL

GENERE

☐ M

☐ F

CODICE FISCALE

RESIDENZA: INDIRIZZO, CAP, COMUNE, PROVINCIA

DOMICILIO: INDIRIZZO, CAP, COMUNE, PROVINCIA

EMAIL

TELEFONI

Titolo di studio

TITOLO DI STUDIO

CONSEGUITO IL

PRESSO

Esperienze formative pregresse

DESCRIVERE

Profilo del destinatario

Nel presente riquadro va inserita la scheda individuale degli ambiti di sviluppo risultante dal colloquio di II livello, in cui si descrivono anche le problematiche e le caratteristiche del destinatario, dettagliando: esperienze lavorative pregresse, competenze professionali, competenze linguistiche, competenze informatiche, grado di autonomia e le prospettive di occupabilità (rilevabili anche dalla diagnosi funzionale, indicazioni del settore produttivo e le mansioni per le quali il soggetto può essere adeguato, eventuale individuazione dell'azienda in cui il soggetto può essere occupato). Indicare inoltre, anche eventuali altri servizi che hanno in carico il destinatario (es.: servizi sociali, c.p.s., s.i.l., ecc.). Indicare altresì le motivazioni relative alle scelte del percorso di tirocinio e di formazione proposte.



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.

ARTICOLAZIONE DELLA DOTE

Budget di previsione

SERVIZI AL LAVORO					
Tipologia di intervento <i>Selezionare gli interventi in base alla tipologia di dote</i>	Nome e sede operatore	Periodo di attuazione (da/a)	Ore	Costo/ora	Importo
<input type="checkbox"/> Colloquio di accoglienza		<div></div> <div>/</div> <div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
<input type="checkbox"/> Colloquio individuale di II livello		<div></div> <div>/</div> <div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
<input type="checkbox"/> Definizione del percorso (PIP)		<div></div> <div>/</div> <div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
<input type="checkbox"/> Tutoring e counseling orientativo		<div></div> <div>/</div> <div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
<input type="checkbox"/> Tutoring e accompagnamento al tirocinio		<div></div> <div>/</div> <div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
<input type="checkbox"/> Scouting e ricerca attiva del lavoro		<div></div> <div>/</div> <div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
<input type="checkbox"/> Monitoraggio coordinamento, gestione del PIP		<div></div> <div>/</div> <div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
TOTALE SERVIZI AL LAVORO					<div></div>

SERVIZI DI FORMAZIONE INDIVIDUALE/COLLETTIVA					
Tipologia <i>Individuale</i> <i>Collettiva</i>	Titolo del corso, descrizione degli obiettivi ed eventuali competenze da certificare; Denominazione, Id Operatore, Id Sede dell'Ente accreditato della formazione	Periodo di attuazione (da/a)	Ore	Costo/ ora	Importo
<input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Collettiva		<div></div> <div>/</div> <div></div>			
<input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Collettiva		<div></div> <div>/</div> <div></div>			
<input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Collettiva		<div></div> <div>/</div> <div></div>			
TOTALE SERVIZI DI FORMAZIONE INDIVIDUALE/COLLETTIVA					

SERVIZI DI FORMAZIONE STAGE/TIROCINIO

Tipologia:

☐ Stage

☐ Tirocinio

Periodo, da a . N. ore:

Descrizione degli obiettivi e delle modalità dello Stage/Tirocinio, Denominazione, indirizzo e referente Ente ospitante:

Tipologia:

☐ Stage

☐ Tirocinio

Periodo, da a . N. ore:

Descrizione degli obiettivi e delle modalità dello Stage/Tirocinio, Denominazione, indirizzo e referente Ente ospitante:

INDENNITA'			
	Mesi	Costo/mese	Importo
Indennità di partecipazione			

BORSA LAVORO TIROCINI			
	Ore	Costo/ora	Importo
Sussidi Borsa Lavoro			

AUSILI		
Tipologia	Descrizione dell'ausilio e motivazione funzionale al PIP	Importo
<input type="checkbox"/> Personal computer		
<input type="checkbox"/> Periferiche e componenti standard		
<input type="checkbox"/> Ausili per accesso al personal computer		
<input type="checkbox"/> Software educativi, riabilitativi e di produttività		
<input type="checkbox"/> Comunicatori simbolici e alfabetici		
<input type="checkbox"/> Altri strumenti riabilitativi		
TOTALE AUSILI		

CONTRIBUTO AL DATORE DI LAVORO	
	Importo
Incentivo all'assunzione	

Budget di previsione

RIEPILOGO ARTICOLAZIONE DELLA DOTE (Valore massimo Dote € 12.000,00)	
Come da allegata ricevuta di prenotazione della Dote registrata sul sistema SINTESI della Provincia di Cremona.	

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

- compilazione del calendario delle attività;
- compilazione timesheet;
- compilazione registro formativo e delle presenze;
- compilazione scheda delle presenze a stage/tirocinio;
- relazioni periodiche e finali;

_____, li _____
(luogo) (data)

Per l'operatore¹

Il destinatario

Seguono le firme degli altri operatori coinvolti (da apporre solo sulla copia stampata da conservare presso l'operatore che ha preso in carico il destinatario):

Codice fiscale	Denominazione	Firma RL/delegato
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Allegati n. _____:

- ☐ procura del potere di firma²;
- ☐ modulo "DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA DOTE" a firma del destinatario;
- ☐ atto/i di adesione degli operatori aggiuntivi;
- ☐ ricevuta di prenotazione della Dote stampata dal sistema SINTESI della Provincia di Cremona sottoscritta dal destinatario e dall'operatore;
- ☐ dichiarazione di disponibilità al tirocinio sottoscritta dalla/e azienda/e o dalla/e cooperativa/e ospitante/i
- ☐ altro: _____

¹ Le modalità di firma del PIP da parte dell'operatore e del destinatario e le modalità di invio sono descritte nel manuale operatore.

² Per l'operatore: in caso di procura del potere di firma non ancora comunicata alla Provincia, allegare la scansione in PDF della procura completa di carta d'identità del rappresentante legale o allegare il file PDF della procura con firma CRS o digitale del rappresentante legale. Tale documentazione sarà ritenuta utile per l'inoltro di tutte le altre istanze. E' da aggiornare in caso di firma da parte di altro procuratore.