



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 – SOSTEGNO ALL'OCCUPAZIONE DI DISABILI IN COOP. SOC. TIPO B**

Operatore accreditato

RAGIONE SOCIALE <input type="text"/>		CODICE FISCALE <input type="text"/>
ID OPERATORE/ANNO ISCRIZIONE <input type="text"/>	N. ISCRIZIONE <input type="text"/>	DATA ISCRIZIONE <input type="text"/>

Unità organizzativa

INDIRIZZO, CAP, COMUNE, PROVINCIA

Responsabile unità organizzativa

COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>
CODICE FISCALE <input type="text"/>	RUOLO <input type="checkbox"/> Responsabile UO <input type="checkbox"/> Rappresentante legale

Tutor individuato dall'operatore

COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>
CODICE FISCALE <input type="text"/>	ANNI DI ESPERIENZA <input type="text"/>
TITOLO DI STUDIO <input type="text"/>	

ESPERIENZA NEL SETTORE

Tutor aggiuntivo (eventuale)

COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>
CODICE FISCALE <input type="text"/>	ANNI DI ESPERIENZA <input type="text"/>
TITOLO DI STUDIO <input type="text"/>	

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

Occupazione attuale

RAGIONE SOCIALE DATORE DI LAVORO

CODICE FISCALE

SEDE DI LAVORO: INDIRIZZO, CAP, COMUNE, PROVINCIA

DATA DI ASSUNZIONE

TIPO RAPPORTO

TIPO TEMPO

SE IL RAPPORTO E' DETERMINATO, CON SCADENZA IL

Profilo del destinatario

Nel presente riquadro si richiede la descrizione dettagliata degli interventi concordati con l'utente e con l'azienda, in particolare: descrizione del percorso formativo e professionale del destinatario; descrizione dell'occupazione attuale del destinatario e delle criticità riscontrate o riferite dal datore di lavoro e dal destinatario; individuazione di potenzialità, competenze e abilità valorizzabili per il mantenimento del posto di lavoro; modalità di erogazione del servizio di accompagnamento.



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"/> Definizione del percorso (PIP)		/			
<input type="checkbox"/> Monitoraggio coordinamento, gestione del PIP		/			
TOTALE SERVIZI AL LAVORO					

ACCOMPAGNAMENTO DISABILI IN COOPERATIVE SOCIALI DI TIPO B			
Nominativo accompagnatore, qualifica e descrizione dell'attività di accompagnamento	Ore	Costo/ora	Importo
TOTALE SERVIZI DI ACCOMPAGNAMENTO IN COOPERATIVE SOCIALI			

RIEPILOGO ARTICOLAZIONE DELLA DOTE (Valore massimo Dote € 4.700,00)

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 e del datore di lavoro del destinatario (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;
- ☐ 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.