



**Settore Lavoro e Formazione**

Servizio Politiche del lavoro per i disabili

P.zza A. Stradivari 5 – 26100 Cremona

tel. 0372 – 406534 – 615

email: [collocamento.disabili@provincia.cremona.it](mailto:collocamento.disabili@provincia.cremona.it)

sito: [www.provincia.cremona.it](http://www.provincia.cremona.it)

**AVVISO PUBBLICO “AZIONI DI RETE PER IL LAVORO – AMBITO DISABILITA’”  
PIANO PROVINCIALE DISABILI**

**Fondo Regionale L.R. n. 13/2003 – Annualità 2021-2022**

**RELAZIONE FINALE PROGETTO DI RETE**

*[a cura del soggetto capofila]*

**ANAGRAFICA DEL SOGGETTO CAPOFILA**

<b>Denominazione/Ragione sociale</b>			
<b>C.F./P.IVA</b>			
<b>Indirizzo</b>			
<b>Comune</b>		<b>Cap</b>	
<b>Legale rappresentante [Cognome e nome]</b>			
<b>Referente per il Progetto [Cognome e nome]</b>			
<b>E-mail</b>			
<b>PEC</b>			
<b>Telefono</b>			

**1. TITOLO DEL PROGETTO**

**2. AREA TERRITORIALE DI RIFERIMENTO**

*[Indicare l'Ambito territoriale o il Distretto socio-sanitario di riferimento]*

**3. PERIODO DI REALIZZAZIONE<sup>1</sup>**

*Dal*                      *al*

<sup>1</sup> Ricomprendere nella relazione finale tutte le attività svolte dall'avvio del Progetto alla sua conclusione.

**4. COMPOSIZIONE DEL PARTENARIATO**

*[Per ciascun soggetto della Rete, incluso il capofila, indicare la denominazione/ragione sociale, il ruolo ricoperto all'interno del Progetto, specificando le attività progettuali realizzate – max 1000 caratteri spazi inclusi per ciascun soggetto]*

**5. RISULTATI CONSEGUITI DAL PROGETTO**

<b>Tipologia di destinatari presi in carico dal progetto</b>	<b>Numero</b>	<b>di cui in DULD</b>
<b>Totale destinatari presi in carico</b>		

<b>Risultato occupazionale</b>	<b>Tipologia di destinatari</b>	<b>Numero</b>
<b>Inserimento lavorativo con contratto inferiore a 6 mesi</b>		
<b>Inserimento lavorativo con contratto di almeno 6 mesi</b>		
<b>Inserimento lavorativo con contratto a tempo indeterminato</b>		
<b>Tirocinio in corso</b> (di durata complessiva pari ad almeno 3 mesi)		

<b>% inserimenti lavorativi con contratto di almeno 6 mesi</b>	
<b>% persone prese in carico impegnate in tirocini della durata di almeno 3 mesi</b>	

<b>Tipologie di datori di lavoro raggiunti dal Progetto</b>	<b>Numero</b>	<b><i>di cui beneficiari di Dote Impresa</i></b>
Cooperative sociali di tipo B		
Cooperative sociali di tipo A		
Enti pubblici		
Altri soggetti del Terzo Settore		
Imprese profit		
• di cui imprese profit non soggette agli obblighi della L. 68/99		
<b>Totale datori di lavoro raggiunti</b>		

## **6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' REALIZZATE**

*[Descrivere sinteticamente, per ciascuna categoria, le caratteristiche del servizio erogato e/o delle attività realizzate precisando: il/i partner che ne ha curato la realizzazione e se sono stati coinvolti altri soggetti territoriali coinvolti; la modalità di coinvolgimento dei destinatari; eventuale integrazione con altre misure (es. DUL – Disabilità), max 2000 caratteri spazi inclusi]*

***a) Servizi integrativi***

<b>Descrizione</b>	<b>Tipologia destinatari</b>	<b>N. destinatari</b>
--------------------	------------------------------	-----------------------

***b) Indennità di partecipazione***

<b>Descrizione</b>	<b>Tipologia destinatari</b>	<b>N. destinatari</b>
--------------------	------------------------------	-----------------------

***c) Rimborsi spese***

<b>Descrizione</b>	<b>Tipologia destinatari</b>	<b>N. destinatari</b>
--------------------	------------------------------	-----------------------

***d) Coordinamento gestione formazione***

<b>Descrizione</b>	<b>Tipologia destinatari</b>	<b>N. destinatari</b>
--------------------	------------------------------	-----------------------

**7. RISPETTO DEL CRONOGRAMMA, CRITICITA' RISCONTRATE E SOLUZIONI ADOTTATE** *[max 1000 caratteri spazi inclusi]*

**8. VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELL’AZIONE**

*[Riportare una valutazione dei punti di forza e di debolezza del Progetto e delle Azioni di rete nel complesso, specificando altresì eventuali innovazioni, apprendimenti e raccomandazioni – max 1000 caratteri spazi inclusi]*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
luogo

data

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del legale rappresentate o suo delegato