

ALLEGATO C1

PROGRAMMA GARANZIA GIOVANI REGIONE CAMPANIA SECONDA FASE Piano di intervento personalizzato (PIP)

DESTINATARIO: (precompilato da sistema sulla base della SAP non modificabile)

Cognome		Nome	
Codice Fiscale		Sesso	
Nato a		il	
Residente a			
Domiciliato a			
Indirizzo mail		Recapito telefono	

ESPERIENZE FORMATIVE: (precompilato da sistema, integrabile e/o modificabile)

Titolo di studio	Dettaglio	Conseguito il	Presso

Qualificazione	Conseguita il	Presso

OPERATORE ACCREDITATO: (precompilato da profilazione su clic lavoro.lavorocampania.it non modificabile)

Id Operatore	
Ragione sociale	

RESPONSABILE UNITA' ORGANIZZATIVA: (precompilato da profilazione su clic lavoro.lavorocampania.it modificabile solo dai Centri per l'impiego)

Cognome	
Nome	
Codice Fiscale	
Ruolo	

OPERATORE 1° LIVELLO/TUTOR INDIVIDUATO DALL'OPERATORE: (da compilare)

Cognome	
Nome	
Codice Fiscale	
Titolo di studio	
Anni di esperienza	
Esperienza	

ACCERTAMENTO REQUISITI NEET

E' stato accertato, nelle fasi di attuazione del PIP di seguito indicate con data e nominativo dell'operatore responsabile, che il destinatario è in possesso dei requisiti richiesti per la partecipazione alla Garanzia Giovani consistenti nell'essere nella condizione di immediata disponibilità al lavoro, non occupato, non studente o allievo di corso di formazione, fatti salvi i casi diversi previsti dal PAR Campania DGR 880 del 17/12/2018

Fase	Data	Operatore Responsabile
Adesione		
Presa in Carico		
Proposta		
Avvio attività		

PROFILING (precompilato da sistema o da compilare se non si è già provveduto in fase di accoglienza)

Provincia di competenza	(Precompilata da sistema)
Data Inserimento profiling	
Presenza in Italia dal (se straniero)	
Condizione occupazionale un anno prima	
Titolo di studio	
Sesso	(Precompilato da sistema)
Eta	(Precompilata da sistema)
Fascia di aiuto	(Attribuita da sistema)

ATTIVITA' PREVISTE:

a) Servizi per il Lavoro

Tipologia attività (Codice misura 1.B, 1.C, 1 D,3, 5, 6,7,8)	Dettaglio attività	Periodo attuazione attività (dal/al)	Operatore che eroga il servizio (se si eroga in regime di convenzione, selezionabile dalla tabella dei convenzionati)	Altri soggetti terzi coinvolti si/no	Durata in ore	Costo standard orario/forfettario	Valorizzazione (€)

b) Servizi per la formazione

Tipologia attività Codice misura (2.A, 2.B,2C, 4.A, 4.B, 4.C)	Dettaglio attività	Fascia (a/b/c)	Periodo attuazione attività dal/al	Codice profilo catalogo	Durata in ore	Tutoring si/no	Stage si/no	Costo standard orario/forfettario	Valorizzazione (€)

RIFERIMENTI CONVENZIONE:

Numero protocollo	Data

ARTICOLAZIONE DOTE:

Tipologia delle attività	Budget di previsione	Ore	Costo ora	Importi (€)
Totale Servizi lavoro				
Totale Formazione				
Totale Generale				

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

- compilazione del diario di bordo
- compilazione timesheet
- compilazione registro formativo e delle presenze
- compilazione scheda stage

Luogo _____, li _____

L'Operatore _____

Il Destinatario _____