



Logo O.E.

OFFERTA DIDATTICA DI DETTAGLIO

CORSI AUTOFINANZIATI IN AGRICOLTURA DRD. ____

Operatore Economico: _____

<u>TITOLO CORSO</u>	<u>Inserire il titolo della scheda di standard formativo</u>		
CODICE CORSO	<u>Inserire codice del corso</u>		
SEDE	<u>Inserire la sede di svolgimento del corso (e specificare l'aula dove sarà realizzato il corso, il piano ed ogni informazione utile)</u> <u>Rif. N. accreditamento</u>		
RESP. CORSO/<u>TUTOR</u>	<u>Inserire cognome/nome del responsabile del corso</u> <u>Inserire cognome/nome del responsabile del corso</u> <u>tutor</u>		
DATA INIZIO	<u>Inserire data iniziocorso</u>	DATA FINE	<u>Inserire data fine corso</u>
DATA ESAME			
DURATA DEL CORSO			

INDICE

DESCRIZIONE E CONTENUTI DEL CORSO	3
METODOLOGIA DIDATTICA	3
STRUMENTI DI VALUTAZIONE E GRADIMENTO	3
ELENCO DOCENTI	3
CALENDARIO DELLE LEZIONI	5
SUPPORTI DIDATTICI.....	6
VISITE DI STUDIO	7
ELENCO PARTECIPANTI	8
NOTA CURRICULARE	9

DESCRIZIONE E CONTENUTI DEL CORSO

Descrivere la logica alla base del corso, gli obiettivi che si intende raggiungere e i contenuti che saranno affrontati.

METODOLOGIA DIDATTICA

Descrivere la metodologia didattica che sarà utilizzata durante la realizzazione del corso specificando se si tratta di lezioni svolte :

- IN AULA: Frontali (teoria) e non frontali/pratica (esercitazioni, casi studio, lavori di gruppo, laboratori)
- FUORI AULA (visite e viaggi studio in realtà rappresentative con riferimento alla tematica del corso).
- FAD (Max 50% delle ore di teoria)

STRUMENTI DI VALUTAZIONE E GRADIMENTO

Allegare alla presente offerta didattica di dettaglio i seguenti strumenti di valutazione e gradimento utilizzati durante il corso specificando la/le lezione/i in cui verranno somministrati:

1. Questionario di valutazione inizio corso
2. Questionario di valutazione intermedio
3. Questionario di valutazione finale
4. Questionario di gradimento fine corso

ELENCO DOCENTI

Inserire i nomi dei docenti utilizzati nel corso con indicazione del modulo in cui intervengono e delle ore impegnate per fascia di compenso (*allegare all'offerta le note curriculari*)

DOCENTE	Modulo	n. ore	Fascia A (almeno 10anni)	Fascia B(almeno 3anni)	Fascia C (almeno 2anni)
COGNOME NOME	TITOLO		x		
				Totale	Totale

CALENDARIO DELLE LEZIONI

Per ognuno dei moduli previsti compilare il calendario come da esempi di seguito riportati

Primo modulo – Inserire il nome del modulo

N.°	Argomento	data	Lezioni in aula	FAD	Lezioni fuori aula (visita/viaggi)*	Orario (dalle -alle)	docente	sede
1	*** *** 					...-...		
2	*** ***							
Totale delle ore								

Secondo modulo – Inserire il nome del modulo

Inserire il riepilogo del calendario

	IN AULA	FAD	FUORI AULA	
Modulo				Totale
1				
2				
3				
4				
totale				
ORE AGGIUNTIVE				

SUPPORTI DIDATTICI

MODULO DI RIFERIMENTO DEL SUPPORTO	DESCRIZIONE DEL SUPPORTO	TIPOLOGIA DI SUPPORTO		
		Cartaceo, multimediale ed E- learning*	Cartaceo, multimediale	Cartaceo
		.		

VISITE DI STUDIO

Descrivere per ogni visita prevista:

DATA/ PERIODO DELLA VISITA

DESTINAZIONE

SEDE/I DI SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ

FINALITÀ/OBIETTIVI:

CONTENUTI:

MODALITÀ DI TRASFERIMENTO:



Logo O.E.

ELENCO PARTECIPANTI (inserire l'elenco prodotto dal software on line)

NOTA CURRICULARE

<i>COGNOME</i>	
<i>NOME</i>	
<i>CODICE FISCALE</i>	

Il sottoscritto _____, consapevole che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali, dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli ed esperienze:

TITOLI
Diploma in Votazione Conseguita pressoIn data
Laurea in Votazione Conseguita pressoIn data
Dottorato di ricercaTitolo Conseguito presso In data
Altri titoli post laurea equiparabili ed attinenti i campi di interesse della presente attività (master,corsi post-laurea di formazione, corsi di specializzazione, etc): Indicare il titolo post-laurea posseduto:Conseguito presso In data
Iscrizione all'Ordine Professionale..... in data con numero

Modulo del corso in cui svolgere la docenza
ESPERIENZA PROFESSIONALE RELATIVA ALL'ARGOMENTO DEL MODULO
a. Periodo: da a , per un totale di mesiIncarico ricevuto: Tipo di attività svolta : Datore di lavoro: recapi to:Ruolo e mansioni svolte:
b. Periodo: da a , per un totale di mesiIncarico ricevuto: Tipo di attività svolta : Datore di lavoro: recapi to:Ruolo e mansioni svolte:
c. Periodo: da a , per un totale di mesiIncarico ricevuto: Tipo di attività svolta : Datore di lavoro: recapi to:Ruolo e mansioni svolte:
d. Periodo: da a , per un totale di mesiIncarico ricevuto: Tipo di attività svolta : Datore di lavoro: recapi to:Ruolo e mansioni svolte:
Altre esperienze (aggiornamenti professionali, borse di studio, stage all'estero, tutoraggi, coordinamento) attinenti il profilo professionale con cui si concorre Indicare il tipo di incarico ricevuto

Inserire il totale degli anni di esperienza

Allegare copia documento identità

Data, Luogo

Firma per esteso

Il sottoscritto in merito al trattamento dei dati personali dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.lgs. n.

196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs. 101/2018 e del Regolamento 2016/679/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/04/2018 - entrato in vigore in tutti gli Stati membri il 25 maggio 2018, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di aver preso visione dell'”Informativa per il trattamento dei dati personali” disponibile sul sito web:

http://www.agricoltura.regione.campania.it/PSR_2014_2020/PSR_documentazione.html

Data, Luogo

Firma per esteso

Dichiarazione anti-pantouflage

I sottoscritt_ (nome e cognome) _____
nat_ a _____ Prov. _____ il _____ residente a _____
via/piazza _____ n. _____
in qualità di _____
della società/impresa _____
partecipante alla/aggiudicataria della procedura n. _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 e della conseguente decadenza dai benefici di cui all'art. 75 del citato decreto:

DICHIARA

- Che al fine dell'applicazione dell'art.53 comma 16 ter del D.Lgs 165/2001, introdotto dalla Legge n.190/2012 (attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro - **pantouflage o revolving doors**), di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti della Giunta Regionale della Campania che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della stessa Amministrazione regionale nei suoi confronti, per il triennio successivo alla loro cessazione del rapporto di lavoro.
- Che è consapevole che, ai sensi del predetto art. 53, comma 16-ter, i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di tali prescrizioni sono nulli e che è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, con l'obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs. 101/2018 e del Regolamento 2016/679/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/04/2016 - entrato in vigore in tutti gli Stati membri il 25 maggio 2018, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di aver preso visione dell' *"Informativa per il trattamento dei dati personali"* pubblicata sul sito istituzionale della Regione Campania – sezione agricoltura/ PSR Campania 2014-2020-all'indirizzo: http://www.agricoltura.regione.campania.it/psr_2014_2020/privacy_psr.html

(luogo e data)

firma leggibile del dichiarante (*)

Allegato: copia di un documento d'identità, in corso di validità, del dichiarante.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE*

(DM 22 gennaio 2014 – incarichi docenti corsi PAN)

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 e della conseguente decadenza dai benefici di cui all'art. 75 del citato decreto

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ residente a _____ via _____ in qualità di **Rappresentante Legale** dell'OE _____ con sede in _____ alla Via _____

DICHIARA

di non aver conferito, nel rispetto del principio di incompatibilità previsto dal DM 22 gennaio 2014, incarichi di docenza nell'ambito dei corsi PAN, a soggetti abilitati alla vendita dei prodotti fitosanitari sul territorio regionale.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs. 101/2018 e del Regolamento 2016/679/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/04/2018 - entrato in vigore in tutti gli Stati membri il 25 maggio 2018, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di aver preso visione dell' *"Informativa per il trattamento dei dati personali"* pubblicata sul sito istituzionale della Regione Campania – sezione agricoltura/ PSR Campania 2014-2020-all'indirizzo: http://www.agricoltura.regione.campania.it/psr_2014_2020/privacy_psr.html

luogo e data

Firma

* N.B. Da compilare solo per i corsi PAN