

SCHEMA SCHEDA DI ADESIONE
(destinatario della formazione)
(Dichiarazione sostitutiva ai sensi art. 47, D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto _____ in qualità di _____
della ditta _____ con sede a _____ in via _____
PIVA _____ iscritta alla camera di commercio di _____
al n. _____

COMUNICO

la mia adesione al corso di formazione dal titolo _____

organizzato da _____

Per i corsi di formazione rivolti alle microimprese, piccole e medie ai sensi dell'articolo 47 del Reg 702/2014 (cfr paragrafo 5.4.1.) deve essere anche dichiarato:

di non essere soggette all'applicazione dell'articolo 1, paragrafo 5, del Reg. (UE) n. 702/2014 così come previsto dalla "clausola Deggendorf", che vieta l'erogazione di aiuti di Stato ad imprese che debbano restituire precedenti aiuti giudicati illegali ed incompatibili dalla Commissione.

oppure allega la dichiarazione del legale rappresentate dell'impresa di cui è dipendente.

Firma

La firma è autenticata a norma dell'art. 38 DPR 445/2000 con la presentazione di copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore che deve essere allegata

1. INFORMAZIONI PERSONALI

Nome e cognome

Indirizzo (residenza o domicilio)

Telefono

data di nascita

2. TITOLO DI STUDIO

Laurea	Facoltà	data

Diploma	istituto	data

3. ESPERIENZA LAVORATIVA

	da	a	datore di lavoro	Mansione svolta
Totale anni				

4. FASCIA DI LIVELLO POSSEDUTA

Qualifica (docenti, dirigenti, ricercatori.....)	Attività (formative,)	settore	Periodo da	Fascia
			a	
Totale anni				

Firma

La firma è autenticata a norma dell'art. 38 DPR 445/2000 con la presentazione di copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore che deve essere allegata

SCHEMA REGISTRO DIDATTICO



REGISTRO DIDATTICO – Misura 19.2.1.1.B - PSL GAL FLAMINIA CESANO (PSR MARCHE 2014/2020)

RELATIVO AL CORSO:

Denominazione

Codice corso

Sede corsuale:
(comune – indirizzo – telefono)

Ente gestore
(denominazione – indirizzo – telefono)

DATA INIZIO CORSO

DATA DI FINE CORSO

IL COORDINATORE DEL CORSO

(timbro e firma)

Le lezioni, le esercitazioni e le assenze debbono essere computate in ore effettive

Il presente registro si compone di n pagine. Prima di essere posto in uso è stato vidimato dal sottoscritto, con data, firma e apposizione del timbro di ufficio in ciascuna pagina.

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE

Luogo e data

DATA

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Materia: Argomento Dalle ore alle ore Firma Docente Firma Tutor/Ass.te
Materia: Argomento Dalle ore alle ore Firma Docente Firma Tutor/Ass.te
Materia: Argomento Dalle ore alle ore Firma Docente Firma Tutor/Ass.te

N. ore del giorno _____

N. ore totali (progressivo) _____

Firma del Coordinatore _____

NOTE

Firma

Timbro

.....

.....

Pagina Di

Allegato 4



Ente di formazione accreditato XXXXX
Corso di formazione: "XXXXXXX"
Questionario di gradimento - PRE

Titolo del Corso

Interesse rispetto ai temi in programma

(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

Titolo del modulo formativo	Mettere una crocetta				
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Autovalutazione delle conoscenze e delle competenze in ingresso al corso

Le chiediamo di indicare il livello di padronanza che lei ritiene di avere prima del corso relativamente alle competenze e comportamenti professionali, dichiarati come obiettivo del Corso.

(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

Competenze/Abilità	Mettere una crocetta				
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Conoscenze	Mettere una crocetta				
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

_____ Fine prima parte _____

Questionario di Reazione - POST

La presente sezione del questionario va compilata a conclusione dell'attività formativa.

Interesse rispetto ai temi trattati

(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

Titolo del modulo formativo	Mettere una crocetta				
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Percezione sul conseguimento degli obiettivi

Le chiediamo di indicare il livello di padronanza che lei ritiene di aver raggiunto dopo il corso relativamente alle competenze e comportamenti professionali, dichiarati come obiettivo del Corso.

(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

Competenze/Abilità	Mettere una crocetta				
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Conoscenze	Mettere una crocetta				
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Percezione efficacia didattica corso

Indicare il livello di efficacia delle attività svolte in aula e dei metodi didattici sperimentati.

(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

Metodologie sperimentate durante il corso	Mettere una crocetta				
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Percezione sull'efficacia del docente

Le chiediamo di indicare il livello di efficacia del docente

(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

Docente xxxxx	Mettere una crocetta				
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Tutor xxxxx	Mettere una crocetta				
Chiarezza espositiva	1	2	3	4	5
Capacità di organizzare il lavoro di gruppo	1	2	3	4	5
Efficacia dell'interazione con i partecipanti	1	2	3	4	5

Percezione sull'utilità professionale del Corso

Le chiediamo quanto sia utile nel lavoro che svolge quanto appreso nel corso
(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

UTILITA' PROFESSIONALE	Mettere una crocetta				
Conoscenze teoriche	1	2	3	4	5
Abilità/competenze spendibili sul lavoro	1	2	3	4	5

Soddisfazione rispetto alle soluzioni organizzative e logistiche

(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

SOLUZIONI ORGANIZZATIVE E LOGISTICHE	Mettere una crocetta				
Sede dei corsi	1	2	3	4	5
Servizio segreteria	1	2	3	4	5

Struttura del corso

(Scala di riferimento: 1= nessun interesse; 5 massimo interesse)

STRUTTURA CORSO	Mettere una crocetta				
Scelta dei temi di ciascuna giornata	1	2	3	4	5
Sviluppo dei contenuti	1	2	3	4	5
Scelta dei docenti	1	2	3	4	5

Analisi delle esigenze di formazione

Nell'ambito dei temi trattati quale/i di questi necessita di ulteriore approfondimento? Esprima degli eventuali suggerimenti.

Problemi e suggerimenti da segnalare per migliorare la prossima edizione del Corso

(Dovendo riproporre un corso analogo ai suoi colleghi, individuare le modifiche che si suggeriscono in termini di contenuti, modalità organizzative, svolgimento delle attività, tempi e quant'altro si ritiene opportuno).

ALLEGATO 5



ATTESTATO DI FREQUENZA

DENOMINAZIONE DEL CORSO _____

Identificati progetto (ID SIAR) _____

CONFERITO AL CANDIDATO _____

CUAA _____

Nato a _____

Conseguito il _____

ENTE O STRUTTURA FORMATIVA

SEDE:

L'ORGANISMO ATTUATORE (Timbro e Firma) _____

IL PRESIDENTE DEL GAL FLAMINIA CESANO _____

(In bollo a norma di legge)

1 - DENOMINAZIONE DEL CORSO

2 - PROFILO PROFESSIONALE DI RIFERIMENTO

3 - DURATA DEL CORSO

ore

4 - REQUISITI DI ACCESSO

5 - CONTENUTI DEL CORSO

6 - Tipo di prove di valutazione finale

- colloquio
- prove scritte
- prova pratica o simulazione
- altro

7 - Annotazioni integrative _____

ALLEGATO 6.1

Rendicontazione dei costi sostenuti per il personale dipendente

ENTE ACCREDITATO

ID PROGETTO:

COGNOME E NOME:

Anno	Mese	Busta paga importo lordo totale	Busta paga importo lordo Rendicontato ¹	INPS ²	INAIL ³	ENPAIA ⁴	TFR ⁵	Altro	Note
	Febbraio								
	Marzo								
	Aprile								
	Maggio								
	Giugno								
	Luglio								
	Agosto								
	Settembre								
	Ottobre								
	Novembre								

¹ L'importo riportato deve essere già stato calcolato per la percentuale di competenza del progetto, indicando il valore di quest'ultima. Deve essere compilato un modello per ogni tecnico di ogni soggetto attuatore e partner impiegato in ogni classe di costo di cui al riepilogo generale, oltre che per il coordinatore del progetto.

² Specificare sinteticamente le modalità di calcolo delle voci:

³ vedi 2

⁴ vedi 2

⁵ vedi 2

	Dicembre								
--	----------	--	--	--	--	--	--	--	--

_____, li _____

Timbro del soggetto attuatore e firma del responsabile legale _____

ALLEGATO 6.2

Rendicontazione dei costi sostenuti per il personale non dipendente

Soggetto attuatore:

--

codice domanda:

--

Rendicontazione dei costi sostenuti per il personale non dipendente

--

SPECIFICA DEI COSTI SOTENUTI							
Cognome nome	Tipo di contratto	Documento contabile giustificativo			Importo al netto di IVA ⁶	IVA + altre imposte	Importo totale
		n.	Data	Emessa da ⁷			
TOTALI							

PAGAMENTI EFFETTUATI			Percentuale di competenza %	Costo rendicontato
Estremi del pagamento		Importo totale		
Modalità ⁸	Data			
TOTALI				

⁶ Importo comprensivo della ritenuta di acconto se dovuta

⁷ Va indicato il professionista

⁸ Indicare se bonifico bancario (BB), assegno bancario (AB), bollettino postale (BP).