

REGIONE LAZIO
Assessorato Formazione, Ricerca, Scuola e Università
Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione
Scuola e Università, Diritto allo Studio

Attuazione del Programma Operativo della Regione Lazio
Fondo Sociale Europeo Programmazione 2014-2020

Asse 2 “Inclusione sociale e lotta alla povertà”
Priorità di investimento 9.iv – Obiettivo specifico 9.3
Azione Cardine 42

Interventi di riqualificazione in Operatore Socio Sanitario

ALLEGATO C: MOTIVI D'ESCLUSIONE

**ALLEGATO D: FORMULARIO PER LA PRESENTAZIONE DELLA PROPOSTA
PROGETTUALE**

ALLEGATO E: SCHEDA FINANZIARIA

ALLEGATO F: SCHEDA DI ADESIONE



**REGIONE
LAZIO**

regione.lazio.it

ALLEGATO C: MOTIVI DI ESCLUSIONE

Si elencano di seguito i motivi per i quali i progetti saranno esclusi:

FASE DI VERIFICA DI AMMISSIBILITA' FORMALE

Gruppo a: proposta progettuale

- 01 - Progetto trasmesso fuori termine (con riferimento alla data e all'ora previste dall'Avviso)
- 02 - Progetto trasmesso con modalità di presentazione diversa da quella indicata nell'Avviso
- 03 - Tipologia e/o requisiti del Soggetto proponente difforni da quelli previsti nell'Avviso
- 04 - Formulario incompleto o illeggibile o compilato in modo errato rispetto alle prescrizioni dell'Avviso
- 05 - Assenza del formulario
- 06 - Presentazione di proposte progettuali e/o percorsi formativi e/o edizioni dello stesso percorso formativo in numero maggiore rispetto alle prescrizioni dell'Avviso

Gruppo b: documentazioni

- 07 - Assenza o illeggibilità o errata compilazione della domanda di ammissione a finanziamento (All. A Mod. 01 – 01 BIS)
- 08 - Assenza o illeggibilità o errata compilazione rispetto alle prescrizioni dell'Avviso della o delle dichiarazioni (All. A mod. 02a e mod. 02b)
- 09 - Assenza o illeggibilità o errata compilazione rispetto alle prescrizioni dell'Avviso della dichiarazione di intenti (All. A mod. 03)
- 10 - Mancanza della firma del legale rappresentante o di uno degli altri soggetti sottoscrittori di dichiarazioni
- 11 - Assenza della fotocopia del documento di riconoscimento del/dei legale/i rappresentante/i

FASE DI VALUTAZIONE TECNICA

I progetti saranno esclusi per i seguenti motivi:

- 12 - Progetto già presentato da altro Soggetto
- 13 - Punteggio minimo non raggiunto

ALLEGATO D: FORMULARIO PER LA PRESENTAZIONE DELLA PROPOSTA PROGETTUALE

Sezione 1 – Descrizione del Soggetto proponente:

Denominazione:
Natura giuridica:
C.F/P. IVA:
sede legale: via , n.....
cittàProv..... CAP.....
Sede/i operativa/e: via , n.....
cittàProv..... CAP.....
Legale rappresentante o suo delegato: nome..... cognome.....
Referente del progetto: Nome.....Cognome.....
Tel.
cell.....
Curriculum aziendale del Proponente: <i>(Descrivere sinteticamente le caratteristiche del soggetto proponente e le principali esperienze maturate. In caso di ATI/ATS descrivere le caratteristiche di ciascun componente) (Max 40 righe)</i>

Sezione 2 - Informazioni generali

2.1 Direttore e Condirettore del progetto

Nominativo Direttore	_____
Posizione	_____
Indirizzo	_____
Città	_____Prov. _____Cap _____Tel. _____
E mail	_____
Nominativo Condirettore	_____
Posizione	_____
Indirizzo	_____
Città	_____Prov. _____Cap _____Tel. _____
E mail	_____

2.2 Corsi di riqualificazione in OSS previsti

Tipologia	Numero corsi	Numero edizioni	Data di avvio prevista
OTA			
ADEST			
AUSILIARIO SANITARIO			

2.3 Destinatari previsti

Tipologia	Numero
OTA	
ADEST	
AUSILIARIO SANITARIO	

2.4 Sedi operative

Attività da realizzare	Sede	Tipologia dei locali utilizzati

Sezione 3 – Aspetti Organizzativi e gestionali

3.1 Referente amministrativo

Nominativo _____
Indirizzo _____
Città _____ Prov. _____ Cap _____ Tel. _____
E-mail _____

Descrizione del percorso *(replicare la compilazione nel caso si presentino due percorsi formativi afferenti a profili diversi. Non replicare nel caso si presentino 2 edizioni dello stesso percorso formativo)*

Titolo:
Descrizione: <i>(indicare: fabbisogni del contesto, destinatari delle azioni – tipologia e numero – obiettivi, congruenza rispetto all'azione oggetto dell'Avviso e nessi logici tra i contenuti della proposta ed i suoi obiettivi e le diverse azioni, localizzazione degli interventi, fasi operative nel dettaglio, metodologie, risultati attesi)</i> <i>(massimo 10 cartelle)</i> .
Durata: <i>(indicare le date presunte di avvio e termine)</i>

Coerenza esterna: <i>(Descrivere la coerenza della proposta progettuale rispetto alle finalità del Programma Operativo e ai principi guida) (max 5 cartelle)</i>
Innovatività: <i>(Descrivere la metodologia, approcci e organizzazione per l'efficacia nella realizzazione delle attività nel campo dei servizi socio-sanitari) (max 5 cartelle)</i>
Priorità: <i>(Descrivere le azioni di rafforzamento degli operatori verso il miglioramento delle performance e dell'accessibilità, con attenzione alla possibilità di personalizzazione in base ai bisogni da intercettare. Descrivere il contesto territoriale differente da quello della Città metropolitana di Roma Capitale (ove previsto nel progetto) (max 5 cartelle)</i>

ALLEGATO E

SCHEDA FINANZIARIA - PREVENTIVO DEL COSTO TOTALE DEL PROGETTO

1. Percorso formativo _____ (indicare se OTA, ADEST, AUSILIARIO SANITARIO) e specificare n. edizioni _____

TIPOLOGIA DEI COSTI		IMPORTO
(a)	A.1 Risorse umane interne (ad esempio, docenti, codocenti tutor, personale amministrativo e ausiliario, progettista)	
(b)	A.2 Risorse umane esterne (ad esempio, docenti, codocenti tutor, personale amministrativo e ausiliario, progettista)	
(c)	Totale costo personale diretto [(a)+(b)]	
(d)	Restanti costi ammissibili (Tasso forfettario pari al 40% delle spese dirette di personale ammissibili*) [40%(c)]	
(e)	TOTALE DELLE SPESE PREVISTE [(c)+(d)]	

* Tra i costi indiretti della macrovoce (d) possono essere annoverate, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, le spese relative all'acquisto di materiale didattico, attrezzatura, pulizia e manutenzione dei locali, ecc.

2. Percorso formativo _____ (indicare se OTA, ADEST, AUSILIARIO SANITARIO) e specificare n. edizioni _____

(Compilare questa parte solo nel caso in cui si presenti un percorso formativo afferente a profili diversi)

TIPOLOGIA DEI COSTI		IMPORTO
(a)	A.1 Risorse umane interne (ad esempio, docenti, codocenti tutor, personale amministrativo e ausiliario, progettista)	
(b)	A.2 Risorse umane esterne (ad esempio, docenti, codocenti tutor, personale amministrativo e ausiliario, progettista)	
(c)	Totale costo personale diretto [(a)+(b)]	
(d)	Restanti costi ammissibili (Tasso forfettario pari al 40% delle spese dirette di personale ammissibili*) [40%(c)]	
(e)	TOTALE DELLE SPESE PREVISTE [(c)+(d)]	

** Tra i costi indiretti della macrovoce (d) possono essere annoverate, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, le spese relative all'acquisto di materiale didattico, attrezzatura, pulizia e manutenzione dei locali, ecc.*

3. TOTALE COSTI

Linea di intervento		COSTO	N. EDIZIONI	SUB-TOTALE
(a)	Corso OTA			
(b)	Corso ADEST			
(c)	Corso AUSILIARIO SANITARIO			
(d)	Totale costi			

Elenco risorse umane interne ed esterne impiegate nella realizzazione dell'intervento

(replicare la compilazione nel caso in cui si presenti un percorso formativo afferente a profili diversi)

Nome e Cognome	Data e comune di nascita	Codice Fiscale	Sesso	Soggetto di riferimento	Titolo di studio	Interne/ Esterne	Ruolo	Esperienza	Parametri di costo (h/uomo o g/uomo)		
									Costo h/g	Impegno	Costo Totale
								N. anni	Euro	N. ore/gg.	Euro

ALLEGARE CURRICULUM VITAE

IL DICHIARANTE (timbro e firma)

ALLEGATO F - DICHIARAZIONE DI ADESIONE DELLE STRUTTURE DEL SETTORE SANITARIO/SOCIO-SANITARIO/SOCIO-ASSISTENZIALE PRESSO LE QUALI SARA' ESPLETATO IL TIROCINIO

(Devono essere presentati tanti Allegati F quante sono le strutture coinvolte)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
provincia _____ il _____ Codice Fiscale _____ residente a _____
provincia _____ in via/piazza _____ n. _____
CAP _____

in qualità di rappresentante legale della struttura _____, Codice Fiscale _____
P.IVA _____ con sede legale in _____
provincia _____ via/piazza _____ n. _____
CAP _____, sede operativa (indicare se diversa dalla sede legale) in _____
provincia _____ via/piazza _____ n. _____
CAP _____

Viste le finalità e gli obiettivi del progetto ".....", presentato da (indicare il soggetto proponente)..... a valere sull'Avviso Pubblico "Interventi di riqualificazione in Operatore Socio Sanitario",

dichiara

- che la scrivente struttura aderisce al progetto e si impegna ad ospitare presso la propria sede operativa n.....allievi al fine di permettere loro di svolgere il periodo di stage formativo;
- che lo stage formativo si realizzerà con affiancamento di idoneo personale della struttura che rivestirà anche il ruolo di *tutor*;
- di possedere i requisiti generali previsti al paragrafo 4.2 delle Linee guida (DGR 15/01 del 15/11/2002);
- di impegnarsi a stipulare, entro 30 giorni dalla pubblicazione della Determinazione dirigenziale di approvazione del Progetto sul BURL, apposita convenzione con, ai sensi del paragrafo 5 dell'Avviso.

Luogo e data

Il rappresentante legale/Responsabile
della struttura

(timbro e firma)