**Allegato G - Registri**

**FONDO SOCIALE EUROPEO 2014-2020**

**Avviso "Candidatura per i servizi del Contratto di ricollocazione GENERAZIONI – EDIZIONE 2021"**

|  |  |
| --- | --- |
| **CUP** |  |

1. **REGISTRO DELLE ATTIVITÀ DEL *“SERVIZIO DI ORIENTAMENTO SPECIALISTICO”***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Destinataria/o delle azioni:** | **COGNOME** | **NOME** | **Codice Fiscale** |
|  |  |  |
| **Soggetto Accreditato** | *(Denominazione Ente)* | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data inizio attività: ………………………………………………….** | **Data fine attività: ………………………………………………….** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Il registro è composto da complessive n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pagine regolarmente numerate e vidimate, esclusa la presente.**  **Luogo e data Rappresentante Legale Soggetto Accreditato (o suo delegato)** |  |

**SEZIONE 1 REGISTRO PRESENZE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Destinataria delle azioni:** | | | | | | | |
| **Servizio Orientamento Specialistico** | | | | | | | **Durata: 12 ore** |
| Data (gg/mm/aa) | Ora inizio attività | Ora fine attività | Numero ore svolte | Servizio Erogato**1** | Firma della Destinataria delle azioni | Nome e Cognome OMLS | Firma OMLS |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Totale Ore svolte | | |  |  |  | | |

**(aggiungere righe)**

***1 A:*** Accoglienza/presa in carico del destinatario; B - Redazione del Bilancio di competenze; C - Definizione dell’obiettivo (scelta del percorso lavoro subordinato o lavoro autonomo; quale settore, quale mansione, ecc.); D Definizione della strategia da attuare per raggiungere l’obiettivo

1. **REGISTRO DELLE ATTIVITÀ DEL SERVIZIO DI “*ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO SUBORDINATO,***

**IN ATTUAZIONE DEL CONTRATTO DI RICOLLOCAZIONE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Destinataria/o delle azioni:** | **COGNOME** | **NOME** | **Codice Fiscale** |
|  |  |  |
| **Soggetto Accreditato** | *(Denominazione Ente)* | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data inizio attività: ………………………………………………….** | **Data fine attività: ………………………………………………….** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il registro è composto da complessive n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pagine regolarmente numerate e vidimate, esclusa la presente.**  **Luogo e data Rappresentante Legale Soggetto Accreditato (o suo delegato)**  ………………………….. lì ………………………… Firma……………………………………..  **SEZIONE 1 : REGISTRO PRESENZE**   |  |  | | --- | --- | | **Destinataria/o delle azioni:** | | | **N. ore accompagnamento:** | * **L’accompagnamento ha previsto un corso di formazione** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Data**  **(gg/mm/aa)** | **Ora inizio attività** | **Ora fine attività** | **Numero ore svolte** | **Servizio Erogato[[1]](#footnote-1)** | **Firma Destinataria/o** | **Nome e Cognome OMLS** | **Firma OMLS** | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Totale Ore svolte** | | |  |  |  |  |  |   *Aggiungere righe*  **SEZIONE 2 : RELAZIONE DELLE ATTIVITA’ REALIZZATE**   |  |  | | --- | --- | | **Servizi Accompagnamento al Lavoro Subordinato** | **Attività/Prodotti realizzati**  ***(Indicare gli output delle attività. A titolo esemplificativo si riportano alcuni prodotti tipo)*** | | 1. **Career Counseling:** forma di supporto psicologico volto a fornire una consulenza in merito all’avviamento alle persone al primo impiego ed alla ricollocazione professionale per professionisti | *Es. report profilo analizzato; progetto professionale; ecc..* | | 1. **Constructing life counseling:** favorire una riflessione sugli aspetti più autentici di se stessi per costruire il proprio futuro | *Es. dispense o materiale didattico presentato durante gli incontri.* | | 1. **Life meaning counseling:** porsi anticipatamente delle domande sul senso delle loro vite in relazione al lavoro e al di fuori del lavoro | *Es. dispense o materiale didattico presentato durante gli incontri.* | | 1. **Career Counseling e life designing:** aumentare la consapevolezza di Sé, dei propri interessi, valori professionali, aspirazioni, temi di vita, per costruire in maniera autonoma e ancorata al principio di realtà il proprio progetto professionale e di vita, tenendo conto dei vincoli per trasformarli in risorse. | *Es. dispense o materiale didattico presentato durante gli incontri.* | | 1. Redazione **CV –**lettera di **presentazione –**Preparazione al **colloquio** | *Es. Cv e lettera di presentazione del destinatario.* | | 1. **Video presentazione CV** | *Es.CD contenete la video presentazione del CV* | | 1. **Strumenti per la ricerca attiva del lavoro** | *Es. dispense o materiale didattico, raccolta siti, ecc* |  |  |  | | --- | --- | | **Firma destinataria/o** | **Firma OMLS** | |
|  |

**SEZIONE 3 ESITO DEL SERVIZIO**

* + **Conseguimento del risultato occupazionale**
  + Tempo indeterminato
  + Tempo determinato (≥ 12 mesi)
  + Tempo determinato (6-11 mesi)
  + **Mancato conseguimento del risultato occupazionale**

**SEZIONE 4 PROSPETTO DELLE ATTIVITÀ REALIZZATE DAL DESTINATARIO/A IN AUTO ATTIVAZIONE**

*La redazione di questa sezione è facoltativa ed è finalizzata al monitoraggio qualitativo di quanto svolto in autonomia dal destinatario/a, in coerenza con quanto preventivamente concordato con il soggetto accreditato (ore non rientranti nel percorso di accompagnamento intensivo).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Destinatario/a delle azioni:** | | |
| ***Servizio “Accompagnamento al Lavoro Subordinato”***  **DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ REALIZZATE IN AUTO ATTIVAZIONE** | **Indicare a quale dei servizi previsti dalla sezione 2 può riferirsi l’attività svolta in auto attivazione.** | **DURATA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | **Totale ore:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma della destinatario/a** | **Firma OMLS** |

**Firma Rappresentante Legale (o suo delegato) Luogo e Data**

1. **REGISTRO DELLE ATTIVITÀ DEL SERVIZIO DI “*ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO AUTONOMO”,***

**IN ATTUAZIONE DEL CONTRATTO DI RICOLLOCAZIONE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Destinataria/o delle azioni:** | **COGNOME** | **NOME** | **Codice Fiscale** |
|  |  |  |
| **Soggetto Accreditato** | *(Denominazione Ente)* | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data inizio attività: ………………………………………………….** | **Data fine attività: ………………………………………………….** |

|  |
| --- |
| **Il registro è composto da complessive n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pagine regolarmente numerate e vidimate, esclusa la presente.**  **Luogo e data Rappresentante Legale Soggetto Accreditato (o suo delegato)**  ………………………….. lì ………………………… Firma…………………………………….. |

**SEZIONE 1 : REGISTRO PRESENZE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Destinataria/o delle azioni:** | |
| **N. ore accompagnamento:** | * **L’accompagnamento ha previsto un corso di formazione** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data**  **(gg/mm/aa)** | **Ora inizio attività** | **Ora fine attività** | **Numero ore svolte** | **Servizio Erogato[[2]](#footnote-2)** | **Firma Destinataria/o** | **Nome e Cognome OMLS** | **Firma OMLS** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Totale ore** | | |  |  |  |  |  |

*Aggiungere righe*

**SEZIONE 2 : RELAZIONE DELLE ATTIVITA’ REALIZZATE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servizi Accompagnamento al Lavoro Autonomo** | **Attività/Prodotti realizzati**  ***(Indicare gli output delle attività. A titolo esemplificativo si riportano alcuni prodotti tipo)*** |
| * 1. **Comunicazione e Marketing** | *Es. Materiali informativi, dispense in Power Point, manualistica, ecc..* |
| * 1. **Organizzazione Aziendale** | *Es. Materiali informativi, dispense in Power Point, manualistica, ecc..* |
| * 1. **Budgeting e controllo di gestione** | *Es. Materiali informativi, dispense in Power Point, manualistica, ecc..* |
| * 1. **Finanza Aziendale** | *Es. Materiali informativi, dispense in Power Point, manualistica, ecc..* |
| * 1. **Redazione del Business Plan** | *Business Plan* |
| * 1. **Affiancamento nella fase dello start-up** | *Es. Report sulle attività svolte.* |
| * 1. **Accompagnamento alla ricerca di agevolazioni finanziarie e accesso al credito** | *Es. Report sugli strumenti finanziari analizzati.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma della destinataria/o** | **Firma OMLS** |

**SEZIONE 3 ESITO DEL SERVIZIO**

* + **Conseguimento del risultato**
  + Avvio lavoro autonomo (apertura partita IVA)
  + Costituzione impresa
  + **Mancato conseguimento del risultato**

**SEZIONE 4 PROSPETTO DELLE ATTIVITÀ REALIZZATE DAL DESTINATARIO/A IN AUTO ATTIVAZIONE**

*La redazione di questa sezione è facoltativa finalizzata al monitoraggio qualitativo di quanto svolto in autonomia dalla destinataria/o, in coerenza con quanto preventivamente concordato con il soggetto accreditato (ore non rientranti nel percorso di accompagnamento intensivo).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Destinataria delle azioni:** | | |
| ***Servizio “Accompagnamento al Lavoro Autonomo”***  **DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ REALIZZATE IN AUTO ATTIVAZIONE** | **Indicare a quale dei servizi previsti dalla sezione 2 può riferirsi l’attività svolta in auto attivazione.** | **DURATA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | **Totale ore:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma della destinataria/o** | **Firma OMLS** |

**Firma Rappresentante Legale (o suo delegato) Luogo e Data**

1. Inserire codici A) career Counseling; B) constructing life counseling; C) life meaning counseling; D) career counseling e life designing; E) redazione di Curriculum Vitae/Lettera di presentazione/Preparazione al colloquio; F) video presentazione CV G) Strumenti per la ricerca attiva del lavoro. [↑](#footnote-ref-1)
2. Inserire codici A) comunicazione e Marketing; B) organizzazione Aziendale; C) budgeting e controllo di gestione; D) valutazione dell’idea imprenditoriale; E) redazione del Business Plan; F) affiancamento nella fase dello start-up; G) accompagnamento alla ricerca di agevolazioni finanziarie e accesso al credito. [↑](#footnote-ref-2)