**FONDO SOCIALE EUROPEO 2014-2020**

**Avviso “Candidatura per i servizi del Contratto di ricollocazione GENERAZIONI"**

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

**Allegato 3**

**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[[1]](#footnote-1)** | **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 finalizzata al monitoraggio qualitativo di quanto svolto in autonomia dalla destinataria/o, in coerenza con quanto preventivamente concordato con il soggetto accreditato.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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) 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-1)