Allegato 4-M 1.1.1

**PIANO D’INTERVENTO MISURA 1.1.1**

# Esperienza del soggetto proponente

Descrivere l’esperienza con specifico riferimento alle tematiche oggetto delle attività formative/workshop.

# Gruppo di lavoro

Descrivere le specifiche competenze delle professionalità impegnate nell’esecuzione dell’intervento

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | Ruolo (docente o tutor) svolto nell’esecuzione  dell’intervento e relativa disciplina | Titolo di studio | Anni di esperienza | Dipendente:  SI/NO |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

# Piano di attuazione

## **C.1 Gli obiettivi del percorso formativo: (es. finalità che sottendono alla proposta formativa)**

## **C.2 Argomenti del piano di intervento formativo/tematismo workshop**

Descrivere i contenuti delle attività formative/workshop

## **C.3 Destinatari e loro caratteristiche**

Indicare il target di destinatari ai quali il piano formativo è principalmente rivolto e presumibilmente il n. minimo e massimo di partecipanti all’attività

## **C.4 Metodologia didattica**

Descrivere la metodologia didattica e le modalità di esecuzione delle attività formative che saranno utilizzate durante la realizzazione delle attività formative (motivandone la scelta e relazionandola al target di destinatari)

…....

# *MODULI FORMATIVI /NUMERO WORKSHOP*

## **C.5 Articolazione dei moduli** (Indicare il numero di moduli formativi /numero workshop in cui si articola il programma formativo)

Descrivere l’articolazione del programma come segue per ciascuno dei moduli formativi/workshop previsti

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TITOLO BREVE** | *Inserire il titolo* | |
| **SEDE** | *Inserire la sede accreditata di svolgimento* | |
| **DURATA** | *Inserire il numero di ore di teoria (espresso in ore ed in percentuale)* | *Inserire il numero di ore di pratica (espresso in ore ed in percentuale)* |

FOCUS AREA DI RIFERIMENTO (per i corsi di formazione): ……….....................

FOCUS AREA DI RIFERIMENTO/TEMATISMO WORKSHOP:…………………….

|  |
| --- |
| * ***Obiettivi specifici*** |
| * ***Contenuti*** |
| * ***N. di lezioni previste/n. di workshop*** |
| * ***N. di partecipanti previsti*** |
| * ***Tipologia di verifica conclusiva prevista*** |

## **C.6 Docenti (Inserire l’elenco dei docenti e consulenti che saranno impegnati nella realizzazione delle attività formative)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | Esperienza didattica e specifiche competenze professionali impegnate nell’esecuzione dell’intervento | Anni di esperienza | Altra esperienza professionale pertinente. (ricerca, pubblicazioni, assistenza tecnica) | Anni di esperienza | Dipendente:  SI/NO | Titolo di studio |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

## **C.7 Materiale didattico e attrezzature**

Presenza di supporti didattici specifici in relazione ai temi trattati.

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIZIONE** | **N°** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | . |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Inserire un elenco dei supporti didattici che specificamente saranno realizzati

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIZIONE del supporto didattico n ……..:** | **N di copie** |
| tipologia di supporto |  |
| Tipologia di produzione (stampa ad 1 o più colori, fornitura su supporto informatico o altro): | |
| N di pagine del volume o durata dell’audiovisivo o altro | |
| Altre caratteristiche per un’utile descrizione del sussidio: | |

Utilizzo di strumenti innovativi a sostegno della realizzazione degli interventi (siti internet, sw gestionali, db specifici, utilizzo filmati, modulo FAD indicando la piattaforma e-learning adottabile che possa corrispondere ai requisiti previsti dalla certificazione SCORM…), puntualmente individuati e descritti

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIZIONE** | **N°** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Inserire l’elenco delle attrezzature disponibili in aula durante le lezioni

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIZIONE** | **N°** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## **C.8 Modalità di promozione e strumenti proposti per raggiungere tutti gli interessati sul** **territorio del GAL**

…....

## **C.9 Soluzioni conciliative proposte per contrastare l’eventuale diminuzione della frequenza ai corsi (Modalità e strumenti proposti )**

…....

# Costo dell’intervento

## **d.1 Preventivi di spesa**

d.1.1 Organizzazione (specificare le singole voci)

|  |  |
| --- | --- |
| **Organizzazione** | **Euro** |
|  |  |
|  |  |
| Totale Euro |  |

*(è possibile aggiungere ulteriori righe)*

d.1.2 PERSONALE DOCENTE E NON DOCENTE IMPEGNATO NELLE ATTIVITÀ FORMATIVE (specificare le singole voci)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Docente** | **Non docente** | **Fascia**  ***(specificare la fascia di appartenenza A, B, C)*** | **n° Ore** | **Costo ad ora Euro** | **Totale Euro** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Totale Euro | | | | |  |

*(è possibile aggiungere ulteriori righe)*

d.1.3 SUPPORTI E SUSSIDI DIDATTICI (specificare le singole voci)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° di copie**  **(di ogni supporto o sussidio didattico)** | **Titolo** | **Euro unitario** | **Totale Euro** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Totale Euro | | |  |

*(è possibile aggiungere ulteriori righe)*

d.1.4 ALTRE SPESE LEGATE ALL’ATTUAZIONE DELL’INTERVENTO (specificare le singole voci)

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Totale Euro |  |

*(è possibile aggiungere ulteriori righe)*

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTALE PREVENTIVO INTERVENTO FORMATIVO EURO** |  |

*Luogo*

*Data / /*

*Timbro dell’azienda* *Il Rappresentante Legale*

Il presente allegato dovrà essere siglato in ogni pagina e sottoscritto all’ultima pagina con firma per esteso e leggibile del legale rappresentante.