



ALLEGATO 1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

BANDO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI N. 34 DESTINATARI DEL PROGETTO “CARE FAMILY FIRST” (CUP C31H18000050006)

pubblicato il 02/04/2019

REGIONE ABRUZZO
Dipartimento Politiche per la Salute e il Welfare
Servizio per il Benessere Sociale

Programma Operativo Fondo Sociale Europeo 2014-2020
Obiettivo “Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione”

*Asse 2 Inclusione Sociale – Obiettivo tematico 9 Inclusione sociale e lotta alla povertà – Priorità d'investimento: 9i
Inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità –
Obiettivo specifico: 9.1 Riduzione della povertà, dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione sociale –
Tipologia di azione 9.1.2 Servizi sociali innovativi di sostegno a nuclei familiari multiproblematici e/o a persone
particolarmente svantaggiate o oggetto di discriminazione*

PIANO OPERATIVO 2017-2019
INTERVENTO 23
AVVISO PUBBLICO
“ABRUZZO CAREFAMILY”

ASSOCIAZIONE TEMPORANEA DI SCOPO



AMIFORA
Azienda di Management Formazione Orientamento della Regione Abruzzo

**consorzio
FUTURA**
società cooperativa sociale

EVENTITALIA 
Formazione & Comunicazione



Allegato 1

Spett.le ASSOCIAZIONE TEMPORANEA DI SCOPO

OGGETTO: Bando pubblico per l'individuazione di un Organismo di Formazione erogatore del percorso formativo di "Assistente Familiare" del progetto "CARE FAMILY FIRST" (CUP C31H18000050006). Allegato 1 – Domanda di partecipazione

La/il sottoscritto

Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Recapito telefonico	
Recapito e-mail	

in qualità di legale rappresentante dell'Organismo di Formazione

Ragione sociale OdF			
Natura giuridica			
Codice fiscale / Partita IVA			
Indirizzo sede legale	Via	n.	C.A.P.
	Comune	Prov.	
Indirizzo sede operativa	Via	n.	C.A.P.
	Comune	Prov.	
Recapiti	Telefono	Cellulare	
	E-mail		
	P.E.C.		

ai fini della partecipazione al Bando per l'individuazione di un Organismo di Formazione erogatore del percorso formativo di "Assistente Familiare" rivolto a n. 20 allievi destinatari del progetto "CARE FAMILY FIRST" (CUP C31H18000050006)

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i, consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazioni false o reticenti,

Allegato 1

- a. che l'Organismo di Formazione è accreditato ai sensi della D.G.R. n. 7 del 17/01/2018 e s.m.i. della Regione Abruzzo:

Codice di accreditamento n.	
Punteggio di accreditamento	
Macrotipologie e ambiti di accreditamento <i>(Barrare con una X le macrotipologie di accreditamento dell'OdF)</i>	<input type="checkbox"/> Obbligo formativo/obbligo di istruzione <input type="checkbox"/> Formazione superiore <input type="checkbox"/> Formazione continua

- b. che il corso per il conseguimento della qualifica professionale "Assistente Familiare" proposto dall'OdF è ricompreso nel "Catalogo dei corsi di formazione professionale autorizzati" e, pertanto, riconosciuto dalla Regione Abruzzo con Codice Corso _____ e Determinazione di approvazione n. _____ del _____;

- c. che l'OdF *(barrare la condizione ricorrente)*:

- ha la disponibilità di una sede formativa accreditata nel territorio di uno dei Comuni appartenenti all'Ambito Distrettuale Sociale n. 21 "Val Vibrata" o all'Ambito Distrettuale Sociale n. 20 "Teramo" e più in particolare:

Via		n.		C.A.P.	
Comune				Prov.	

- non ha la disponibilità di una sede formativa accreditata nel territorio di uno dei Comuni appartenenti all'Ambito Distrettuale Sociale n. 21 "Val Vibrata" o all'Ambito Distrettuale Sociale n. 20 "Teramo" e si impegna ad ampliare in via transitoria la propria disponibilità attraverso la seguente sede complementare:

Ragione sociale OdF locatore					
Codice di accreditamento n.					
Macrotipologie e ambiti di accreditamento <i>(Barrare con una X le macrotipologie di accreditamento dell'OdF)</i>	<input type="checkbox"/> Obbligo formativo/obbligo di istruzione <input type="checkbox"/> Formazione superiore <input type="checkbox"/> Formazione continua				
Via		n.		C.A.P.	
Comune				Prov.	

- d. che i docenti ed i tutor impiegati per la realizzazione del percorso di "Assistente Familiare" avranno tutti un'esperienza assimilabile alla Fascia A della Circolare del Ministero del Lavoro n. 2/2009 e che il tutor-docente garantirà, presso le aziende ospitanti gli stage, una presenza complessiva minima di 200 ore regolarmente rilevabili dai registri presenza individuali degli allievi;

- e. che nel triennio 2016-2018 l'OdF ha realizzato i seguenti corsi finalizzati al rilascio della qualifica professionale di "Assistente Familiare":

N.	Data avvio	Data conclusione	N. allievi iscritti	N. allievi qualificati
1				

Allegato 1

2				
3				
4				
5				

(aggiungere righe se necessario)

- f. che nel triennio 2016-2018 l'OdF ha realizzato i seguenti percorsi formativi finalizzati al rilascio dell'attestato di qualifica in ambito socio-sanitario-assistenziale ed educativo:

N.	Denominazione corso	Codice corso	Data avvio	Data conclusione	N. allievi iscritti	N. allievi qualificati
1						
2						
3						
4						
5						

(aggiungere righe se necessario)

- g. che nel triennio 2016-2018 l'OdF ha realizzato i seguenti percorsi formativi finalizzati al rilascio di attestati di qualifica e/o di competenze diversi dai precedenti:

N.	Denominazione corso	Codice corso	Data avvio	Data conclusione	N. allievi iscritti	N. allievi qualificati
1						
2						
3						
4						
5						

(aggiungere righe se necessario)

- h. che in relazione all'esperienza dell'OdF nella realizzazione di interventi aventi ad oggetto interventi di contrasto alla povertà e/o di inclusione sociale e lavorativa, l'Agenzia formativa vanta il seguente curriculum:

Avviso pubblico	N. candidature presentate	N. candidature finanziate	Indicare la denominazione del/dei progetto/i ammessi e finanziati
P.O. FSE Abruzzo 2007/2013 – <i>Formazione permanente degli operatori sociali</i> (D.D. nr. DL22/72 del 16 agosto 2011);			
P.O. FSE Abruzzo 2007/2013 – <i>Percorsi integrati per l'inserimento socio-lavorativo dei detenuti e degli ex-detenuti</i> (D.D. nr. DL22/115 del 25 novembre 2011);			
P.O. FSE Abruzzo 2007/2013 – <i>“L'I.SO.LA. dei diversamente abili – Percorsi di integrazione socio-lavorativa dei diversamente abili”</i> (D.D. nr. DL22/48 del 18 maggio 2012);			
P.O. FSE Abruzzo 2007/2013 – <i>“PER.I.P.L.I. Percorsi integrati per l'inserimento lavorativo degli immigrati”</i> (D.D. nr. DL22/93 del 29 agosto 2012);			

**Allegato 1**

P.O. FSE Abruzzo 2007/2013 – “IndipendenteMente - Percorsi integrati per il reinserimento socio-lavorativo dei soggetti a forte rischio di esclusione sociale: (ex) tossicodipendenti, sieropositivi ed (ex) alcolisti” (D.D. nr. DL22/115 del 19 ottobre 2012);			
P.O. FSE Abruzzo 2007-2013 – Progetto speciale multiasse “Abruzzo Inclusivo” (D.D. nr. DL29/173 dell’11/12/2014);			
PO FSE 2014-2020 – Intervento 22 “Abruzzo Include” (D.D. n. 83/DPF013 del 28/07/2016 e s.m.i.);			
Altre eventuali collaborazioni tra l’OdF candidato e gli Ambiti Distrettuali Sociali aventi ad oggetto interventi di contrasto alla povertà e/o di inclusione sociale e lavorativa:			
N	Anno di riferimento	Nome del progetto / intervento	Tipologia di progetto / intervento
1			
2			
3			

(aggiungere righe se necessario)

- i. che il costo per allievo del corso di “Assistente Familiare” accreditato nel “Catalogo dei corsi di formazione professionale autorizzati” della Regione Abruzzo è pari ad € _____ e che l’offerta economica proposta per la presente candidatura è:

Costo intero corso per allievo	€ _____
Costo complessivo intero corso per 20 allievi	€ _____

- j. che il referente dell’OdF per la realizzazione del corso di “Assistente Familiare” è:

Cognome			
Nome			
Ruolo			
Recapiti	Telefono		Cellulare
	E-mail		

DICHIARA INFINE

- di aver preso visione del Bando pubblico in oggetto e di accettarne le condizioni.

ALLEGA

1. Copia fronte retro di un documento di identità in corso di validità del legale rappresentante dell’OdF;
2. All. B/bis alla D.G.R. n. 7 del 17/01/2018 e s.m.i. “Dichiarazione di utilizzo della sede complementare” (da allegare solo in caso di utilizzo di sede complementare);



Allegato 1

Luogo e data, _____

Timbro e firma
del legale rappresentante dell'OdF
