

2.D Dichiarazione riassuntiva unica



UNIONE EUROPEA
Iniziativa a favore dell'Occupazione Giovanile
Fondo Sociale Europeo
Investiamo nel tuo futuro



ANPAL
Agenzia Nazionale Politiche Attive del Lavoro



Regione
Lombardia

TITOLO INIZIATIVA
DI CUI AL DECRETO N. XX DEL gg/mese/anno

DICHIARAZIONE RIASSUNTIVA UNICA

DG Famiglia, Solidarietà Sociale,
Disabilità e Pari Opportunità
Piazza Città di Lombardia, 1
20124 Milano

Operatore

ID operatore

ID unità
organizzativa

Denominazione /
Ragione sociale

Responsabile unità organizzativa

Cognome Nome

Codice fiscale

Ruolo Indicare se Resp. UO o RL

Il/la sottoscritto/a nato/a a , Provincia , il , Cod. Fiscale in qualità di ☐ rappresentante legale / ☐
altro firmatario autorizzato , dell'operatore , con sede in via/piazza , n. , CAP , Provincia

DICHIARA

- ☐ di aver aderito al progetto di servizio civile ID presentato dal capofila e quindi di accettare senza riserve le condizioni stabilite da Regione Lombardia per l'attuazione della Misura Servizio civile regionale nell'ambito del piano esecutivo regionale di cui al Programma Garanzia Giovani e quindi di accettare senza riserve le condizioni in essa stabilite per l'erogazione dei servizi in regime di concessione;
- ☐ di aver preso in carico il/la Sig./ra:

[Campi compilati in automatico dal PIP]

Cognome Nome

Sesso

Codice Fiscale

Nato a

Il

Residente a

Via

N.

CAP

Prov.

Domiciliato a

Via

N.

CAP	Prov.
Indirizzo email	
Recapito telefonico	
Titolo di studio	dettaglio
Conseguito il	presso

- ☐ di aver accertato le generalità del Sig./ra codice fiscale e di averne verificato il mantenimento dei requisiti di accesso al Programma Garanzia Giovani;
- ☐ di aver verificato che il destinatario abbia effettuato la registrazione e l'adesione e abbia sottoscritto un Patto di Servizio per l'avviamento al Programma Garanzia Giovani;
- ☐ di aver accertato che il destinatario preso in carico, sulla base delle sue caratteristiche soggettive, si colloca nella fascia di intensità di aiuto (bassa/medio-bassa/medio-alta/alta);
- ☐ di aver concordato in collaborazione con l'Ente promotore e sottoscritto con il destinatario un Piano di Intervento Personalizzato (PIP) che prevede il seguente percorso individuale di Servizio civile regionale con relativa valorizzazione economica (*):

1-A) ACCOGLIENZA E INFORMAZIONI SUL PROGRAMMA

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
<i>Colloquio di prima informazione e orientamento</i>			<i>N.A.</i>		<i>N.A.</i>

1-B) ACCESSO ALLA GARANZIA (PRESA IN CARICO, COLLOQUIO INDIVIDUALE E PROFILING, CONSULENZA ORIENTATIVA)

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
<i>Colloquio di orientamento</i>			<i>N.A.</i>		<i>N.A.</i>
<i>Patto di servizio ed eventuale profiling</i>			<i>N.A.</i>		<i>N.A.</i>

PIANO ATTUATIVO DEL PERCORSO INDIVIDUALE DI SERVIZIO CIVILE REGIONALE

Descrizione dell'attività	Periodo di attuazione	Valorizzazione (indennità mensile)

INIZIATIVE DI FORMAZIONE GENERALE

Descrizione dell'attività	Periodo di attuazione	Valorizzazione

INIZIATIVE DI FORMAZIONE DI ACCOMPAGNAMENTO

Descrizione dell'attività	Periodo di attuazione	Valorizzazione
		N.A

COPERTURA ASSICURATIVA

Descrizione polizza	Valorizzazione

COSTI DI VIAGGIO

Descrizione	Valorizzazione

per un valore economico complessivo di servizi pari ad € ;

- ☐ che il termine entro il quale il servizio civile si realizzerà decorre dal al ;
- ☐ di realizzare il progetto di servizio civile nel settore con ambito di intervento per giorni/settimana presso la sede operativa.
- ☐ di aver individuato il Responsabile del Volontario che dovrà accompagnare la persona durante la realizzazione del PIP

Cognome	Nome
Codice fiscale	
Titolo di studio	Dettaglio
Anni di esperienza	
Esperienza nel settore	

- ☐ di realizzare il PIP in collaborazione con i soggetti che seguono:

- Indicare denominazione / ragione sociale, Codice Fiscale, indirizzo (via, CAP, Città, Provincia), referente

- Indicare denominazione / ragione sociale, Codice Fiscale, indirizzo (via, CAP, Città, Provincia), referente

- Indicare denominazione / ragione sociale, Codice Fiscale, indirizzo (via, CAP, Città, Provincia), referente

LUOGO e DATA

L'operatore _____

Firma CRS del rappresentante legale o di altro
firmatario autorizzato