



fondo  
sociale europeo

Allegato 2

**BANDO FINALIZZATO ALL'ISTITUZIONE DELL'ELENCO  
DEI SOGGETTI ATTUATORI DELLA MISURA  
BUONO SERVIZI LAVORO PER PERSONE CON DISABILITA'**

in attuazione dell'Atto di indirizzo Fondo Regionale Disabili  
annualità 2016-18 - D.G.R. n. 15-4165 del 07/11/2016

**FORMULARIO  
SOGGETTO PROPONENTE**  
(Rif. *Classe di valutazione A*)



**REGIONE  
PIEMONTE**

per una crescita intelligente,  
sostenibile ed inclusiva

[www.regione.piemonte.it/europa2020](http://www.regione.piemonte.it/europa2020)

INIZIATIVA CO-FINANZIATA CON FSE

<b>Direzione Coesione Sociale</b>	Settore Politiche del Lavoro
Bando "Buono servizi per persone con disabilità" <b>FORMULARIO SOGGETTO PROPONENTE</b>	Pagina <b>2</b> di 8

## SEZIONE A: Dati soggetto proponente

### SOGGETTO PROPONENTE :

ATI     ATS     **impresa singola**

### DATI IMPRESA (CAPOFILA se candidatura in ATI o ATS)

Denominazione e Ragione Sociale			
Classificazione ATECO (2007)	Codice		Descrizione
Partita IVA			
Codice Fiscale			
Natura giuridica			
Rappresentante Legale			
Indirizzo Sede Legale			
Città			
Provincia			
CAP			
Tel.			
TeleFax			
e-mail			
PEC			
Coordinate bancarie:			
	c/c N°		
	Intestatario		
	Cod. IBAN		
	Banca		
	Indirizzo		

### Nominativo Referente

Tel.	
TeleFax	
e-mail	

### Sede operativa candidata

Codice			
Indirizzo Sede operativa /Filiale			
Città			
Provincia			
CAP			
Ambito territoriale L.R. 23/2015 <sup>1</sup>			
Tel.			
TeleFax			
e-mail			

(Ripetere per ciascuna sede candidata dall'impresa)

<sup>1</sup> **Ambito 1:** Novarese, Vercellese, Biellese e VCO; **Ambito 2:** Astigiano e Alessandrino; **Ambito 3:** Cuneese; **Città Metropolitana di Torino**

<b>Direzione Coesione Sociale</b>	Settore Politiche del Lavoro
Bando "Buono servizi per persone con disabilità" <b>FORMULARIO SOGGETTO PROPONENTE</b>	Pagina <b>3</b> di 8

<b>DATI IMPRESA PARTNER 1 (se candidatura in ATI o ATS)</b>			
Denominazione e Ragione Sociale			
Classificazione ATECO (2007)	Codice		Descrizione
Partita IVA			
Codice Fiscale			
Natura giuridica			
Rappresentante Legale			
Indirizzo Sede Legale			
Città			
Provincia			
CAP			
Tel.			
TeleFax			
e-mail			
PEC			

<b>Sede operativa candidata</b>			
Codice			
Indirizzo Sede operativa /Filiale			
Città			
Provincia			
CAP			
Ambito territoriale L.R. 23/2015			
Tel.			
TeleFax			
e-mail			

*(Ripetere per ciascuna sede candidata)*

<b>Direzione Coesione Sociale</b>	Settore Politiche del Lavoro
Bando "Buono servizi per persone con disabilità" <b>FORMULARIO SOGGETTO PROPONENTE</b>	Pagina <b>4</b> di 8

**DATI IMPRESA PARTNER .... (se candidatura in ATI o ATS)**

Denominazione e Ragione Sociale			
Classificazione ATECO (2007)	Codice		Descrizione
Partita IVA			
Codice Fiscale			
Natura giuridica			
Rappresentante Legale			
Indirizzo Sede Legale			
Città			
Provincia			
CAP			
Tel.			
TeleFax			
e-mail			
PEC			

**Sede operativa candidata**

Codice			
Indirizzo Sede operativa /Filiale			
Città			
Provincia			
CAP			
Ambito territoriale L.R. 23/2015			
Tel.			
TeleFax			
e-mail			

*(Ripetere per ciascuna sede candidata)*

Direzione Coesione Sociale	Settore Politiche del Lavoro
Bando "Buono servizi per persone con disabilità" <b>FORMULARIO SOGGETTO PROPONENTE</b>	Pagina 5 di 8

## SEZIONE B: Informazioni per la valutazione

### A. SOGGETTO PROPONENTE

#### A.1 Esperienza pregressa dell'Operatore nell'erogazione di servizi per l'inclusione socio-lavorativa di persone disabili realizzati a partire dall'anno in corso, nell'ultimo quinquennio

A 1.1 Numero e tipologia di progetti realizzati

A 1.2 Numerosità complessiva dei soggetti trattati nell'ambito dei progetti realizzati

Denominazione partner:

Estremi dei progetti realizzati <sup>2</sup>	COMMITTENTE	ARCO TEMPORALE DI RIFERIMENTO (indicare data inizio e data fine attività)	Valore del progetto (€)	SERVIZI SVOLTI (periodo 2012-2016)	N° di persone trattate nell'ambito del progetto

(Ripetere per ciascun soggetto del partenariato)

Denominazione partner:

Estremi dei progetti realizzati <sup>2</sup>	COMMITTENTE	ARCO TEMPORALE DI RIFERIMENTO (indicare data inizio e data fine attività)	Valore del progetto (€)	SERVIZI SVOLTI (periodo 2012-2016)	N° di persone trattate nell'ambito del progetto

(Ripetere per ciascun soggetto del partenariato)

<sup>2</sup> Indicare: denominazione iniziativa, estremi del contratto o della convenzione

<b>Direzione Coesione Sociale</b>	Settore Politiche del Lavoro
Bando "Buono servizi per persone con disabilità" <b>FORMULARIO SOGGETTO PROPONENTE</b>	Pagina <b>6</b> di 8

**A.2 Consistenza e coerenza della Rete rispetto al target di riferimento e rispetto all'ambito territoriale (ai sensi della L.R. 23/2015) in cui intende operare candidando le proprie sedi**

*A 2.1 Qualità e intensità delle collaborazioni di rete già esistenti e consolidate nell'ambito territoriale di riferimento con i soggetti pubblici competenti, con il terzo settore e i soggetti utili alla finalizzazione occupazionale degli interventi di inclusione socio-lavorativa*

**Denominazione partner:**

Ambito territoriale L.R.23/2015	Servizi territoriali dedicati all'inserimento socio-lavorativo di persone disabili	Breve descrizione delle modalità di collaborazione e di raccordo <i>(attivate nell'ambito dei servizi erogati nel periodo 2012-2016 e/o che si intendono attivare nell'ambito del presente bando)</i>

*(Ripetere per ciascun soggetto del partenariato)*

Ambito territoriale L.R.23/2015	Organismi del terzo settore	Breve descrizione delle modalità di collaborazione e di raccordo <i>(attivate nell'ambito dei servizi erogati nel periodo 2012-2016 e/o che si intendono attivare nell'ambito del presente bando)</i>

*(Ripetere per ciascun soggetto del partenariato)*

Ambito territoriale L.R.23/2015	Soggetti del mercato del lavoro (imprese e associazioni di categoria)	Breve descrizione delle modalità di collaborazione e di raccordo <i>(attivate nell'ambito dei servizi erogati nel periodo 2012-2016 e/o che si intendono attivare nell'ambito del presente bando)</i>

*(Ripetere per ciascun soggetto del partenariato)*

<b>Direzione Coesione Sociale</b>	Settore Politiche del Lavoro
Bando "Buono servizi per persone con disabilità" <b>FORMULARIO SOGGETTO PROPONENTE</b>	Pagina <b>7</b> di 8

A.3 Presenza, per ogni sede candidata, di Case manager con esperienza professionale sul target di riferimento

*A 3.1 Esperienza professionale specifica del case manager (fermi restando i requisiti professionali DGR 66/2012 e DD 383/2012) maturata nell'ambito di iniziative finalizzate all'inclusione socio-lavorativa di persone disabili*

**Denominazione partner:**

Ambito territoriale L.R.23/2015	Sede operativa di riferimento del C.M.	Nominativo Case Manager	Anni di esperienza professionale specific <sup>3</sup> (maturata negli ultimi 8 anni)		Totale anni
			da	a	

*(Ripetere per ciascun soggetto del partenariato)*

**Denominazione partner:**

Ambito territoriale L.R.23/2015	Sede operativa di riferimento del C.M.	Nominativo Case Manager	Anni di esperienza professionale specific <sup>3</sup> (maturata negli ultimi 8 anni)		Totale anni
			da	a	

*(Ripetere per ciascun soggetto del partenariato)*

<sup>3</sup> **NB.** Non è considerata un'esperienza eleggibile aver svolto attività come insegnante di sostegno, di docenza o co-docenza in attività di formazione professionale.

<b>Direzione Coesione Sociale</b>	Settore Politiche del Lavoro
Bando " <i>Buono servizi per persone con disabilità</i> " <b>FORMULARIO SOGGETTO PROPONENTE</b>	Pagina <b>8</b> di 8

Luogo e Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma leggibile del legale rappresentante

\_\_\_\_\_

**Allegare fotocopia del documento di identità del legale rappresentante (art. 38 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i.)**