|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Allegato B**

**Domanda di contributo finanziario a valere su**

**Programma ASSIST**

**Progetto quadro**

**Parte A – Analisi del contesto della crisi aziendale**

|  |
| --- |
| Fornire un'analisi di contesto riportante le condizioni che hanno determinato lo stato di crisi |
|       |

**Parte B - Categorie dei lavoratori oggetto delle azioni proposte**

|  |
| --- |
| Descrivere le categorie dei lavoratori interessati dalle azioni proposte |
| **Descrizione** | **N.** |
| Sesso | Uomini |  |
| Donne |  |
| Nazionalità | Cittadino UE |  |
| Cittadino non UE |  |
| Età | 15 - 24 |  |
| 25 - 54 |  |
| 55 - 64 |  |
| 65 + |  |
| Lavoratori che soffrono da molto tempo di problemi di salute o di disabilità |  |
| Totale lavoratori coinvolti nella crisi compresi quelli per I quali si prevede il licenziamento |  |

**C - Azioni proposte**

|  |
| --- |
| Descrivere sinteticamente l'insieme coordinato le misure di politica attiva proposto per il finanziamento da parte del Programma ASSIST. La sintesi deve essere sufficientemente dettagliata da permettere di valutare la coerenza dell'approccio adottato alle misure previste da ASSIST compreso il ruolo di eventuali ulteriori imprese coinvolte elencate sulla successiva riga della presente sezione |
|  |
|  Elencare eventuali ulteriori imprese coinvolte fornendo, ove noti Ragione sociale, indirizzo sede legale e operativa (se diversa), Codice Fiscale e/o Partita IVA |
|  |
| Stima dei costi delle diverse misure componenti l'insieme coordinato di servizi personalizzati proposto. *(l’elenco è puramente indicativo, qualora necessario dovranno essere inserite ulteriori tipologie di politica attiva non previste)* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Costo delle Misure** |
| **Elenco delle misure che si intende attivare per l’intera attuazione del progetto di massima** | **Numero di lavoratori interessati****(numero previsto)****a** | **Costo per lavoratore interessato****(costo previsto in euro)****b** | **Costo totale****Euro****c=a\*b** |
| Orientamento specialistico |  |  |  |
| Accompagnamento al lavoro  |  |  |  |
| Supporto all’incrocio D/O |  |  |  |
| Supporto all’autoimpiego e autoimprenditorialità |  |  |  |
| Formazione breve (fino a 150 ore) |  |  |  |
| Formazione lunga (oltre 150 ore) |  |  |  |
| Bonus assunzionale |  |  |  |
| Misure specifiche per over 50 |  |  |  |
| Tirocinio extra curriculare |  |  |  |
| Formazione continua |  |  |  |
| Altro (specificare) |  |  |  |
| **TOTALE PROGETTO** |   |   |  |

*Firma del rappresentante legale*

*del soggetto*

*richiedente*