

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>			N.A.		N.A.

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>			N.A.		N.A.
<i>Patto di servizio ed eventuale profiling</i>			N.A.		N.A.

PIANO ATTUATIVO DEL PERCORSO INDIVIDUALE DI SERVIZIO CIVILE REGIONALE (alimentato in automatico dal progetto)

Durata in mesi:

Descrizione dell'attività	Valorizzazione (indennità mensile)
Indennità	439,50*N mesi
Formazione generale	€ 90,00
Formazione di Accompagnamento	N.A.
Copertura assicurativa	€ 35,00
Costi di viaggio	€ 10,00

per un valore economico complessivo di servizi pari ad € , fermo restando i massimali e le condizionalità previste dall'Avviso, dal Contratto di Servizio Civile e dalle linee guida.

☐ di realizzare il progetto di servizio civile nel settore _____ con ambito di intervento _____ per _____ giorni/settimana presso la sede operativa.

Responsabile volontario individuato

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Titolo di studio _____ Dettaglio _____

Anni di esperienza _____

Esperienza nel settore _____

LUOGO e DATA

L'operatore _____

*Firma CRS del rappresentante legale o di altro
firmatario autorizzato*
