Allegato 2b –FORMULARIO DESCRITTIVO

Linea di intervento B (IMPRESE / LAVORATORI AUTONOMI / LIBERI PROFESSIONISTI in forma singola o associata con meno di 15 dipendenti

**PR FSE+ ABRUZZO 2021-2027**

TITOLO PROGETTO:

SOGGETTO PROPONENTE (RAGIONE SOCIALE):

|  |
| --- |
| **FORMULARIO DESCRITTIVO DI PROGETTO** |

1. SOGGETTI COINVOLTI NELLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

**A.1 Soggetto proponente**

|  |
| --- |
| **PROGETTO** |
| *Titolo*  |  |
| *Soggetto proponente e sede operativa*  | *□ Azienda**□ Libero professionista* *□ capofila di ATI/ATS già costituita* *□ capofila di ATI/ATS da costituire**DENOMINAZIONE:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Indirizzo sede operativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| *A.1. Progettazione piano di welfare* | □ SI □ NO  |
| *A.2. Adozione piano welfare e attuazione misure di conciliazione* |  SI  |
| *A.3. Certificazione della parità di genere* | □ SI □ NO  |

**A.2 Partenariato (eventuale)**Ruoli del partenariato e attività svolte nel progetto

|  |  |
| --- | --- |
| Nome capofila/partner | Ruolo e attività svolta nel progetto |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**B. DESCRIZIONE DEL PROGETTO**

***B.1. Descrizione della proposta progettuale* *in riferimento ai seguenti elementi:***

* *Descrizione dei fabbisogni dei destinatari*
* *azioni che si intendono realizzare*
* *modalità di attuazione*
* *modalità organizzative*
* *eventuali elementi organizzativi innovativi*
* *personale coinvolto nell’erogazione dei servizi*
* *risultati attesi.*

|  |
| --- |
|   |

* 1. ***B.2. Descrizione delle misure di conciliazione che si prevede di attivare***

|  |
| --- |
| **Il progetto prevede:****n. azioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di cui alla macrovoce A.2.**☐ A.2.3 Sostegno della flessibilità degli orari di lavoro: *acquisto****/****noleggio PC portatili (notebook/laptop) per smart working*☐ A.2.4 Servizi a sostegno della flessibilità oraria e/o organizzativa☐ A.2.5 Servizi a supporto dell’organizzazione familiare☐ A.2.6 Servizi di babysitting per figli di età inferiore a 14 anni☐ A.2.7Servizi per l’infanzia (0-6 anni) e servizi a sostegno dei fabbisogni socio-educativi per bambini e ragazzi ( 6 – 14 anni) e/o nell’ambito di attività integrative come attività di pre-scuola e dopo scuola, centri estivi, campus☐ A.2.8 Servizi da fruire presso asili nido e/o scuole specializzate ed abilitate all’erogazione dei servizi per l’infanzia☐ A.2.9 Iniziative di formazione e aggiornamento rivolte alle lavoratrici per l’accompagnamento al rientro al lavoro dopo la maternità e/o il congedo parentale ☐ A.2.10 Servizi a sostegno psicologico e fisico, iniziative di formazione/informazione sulla salute delle lavoratrici, dei figli e delle loro famiglie☐A.2.11 Servizi per la cura o l’assistenza ad anziani, familiari non autosufficienti e figli disabili: ASSISTENZA DOMICILIARE☐A.2.12 Servizi per la cura o l’assistenza ad anziani, familiari non autosufficienti e figli disabili: ASSISTENZA DIURNA |

***B.3. Articolazione progettuale e destinatari che si prevede di raggiungere***

|  |
| --- |
| **A.2.3 Sostegno della flessibilità degli orari di lavoro: acquisto/noleggio PC portatili (notebook/laptop) per smart working**N destinatari\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui donne\_\_\_\_\_\_\_N pc da acquistare/noleggiare \_\_\_\_\_\_\_\_**A.2.4 Servizi a sostegno della flessibilità oraria e/o organizzativa**N destinatari\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui donne\_\_\_\_\_\_\_**A.2.5 Servizi a supporto dell’organizzazione familiare**N destinatari\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui donne\_\_\_\_\_\_\_**A.2.6 Servizi di babysitting per figli di età inferiore a 14 anni**N destinatari\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui donne\_\_\_\_\_\_\_N bambini coinvolti \_\_\_\_\_\_\_\_\_**A.2.7Servizi per l’infanzia (0-6 anni) e servizi a sostegno dei fabbisogni socio-educativi per bambini e ragazzi ( 6 – 14 anni) e/o nell’ambito di attività integrative come attività di pre-scuola e dopo scuola, centri estivi, campus**N destinatari\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui donne\_\_\_\_\_\_\_N bambini coinvolti \_\_\_\_\_\_\_\_\_**A.2.8 Servizi da fruire presso asili nido e/o scuole specializzate ed abilitate all’erogazione dei servizi per l’infanzia**N destinatari\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui donne\_\_\_\_\_\_\_N bambini coinvolti \_\_\_\_\_\_\_\_\_**A.2.9 Iniziative di formazione e aggiornamento rivolte alle lavoratrici per l’accompagnamento al rientro al lavoro dopo la maternità e/o il congedo parentale** N destinatari\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui donne\_\_\_\_\_\_\_**A.2.10 Servizi a sostegno psicologico e fisico, iniziative di formazione/informazione sulla salute delle lavoratrici, dei figli e delle loro famiglie**N destinatari\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui donne\_\_\_\_\_\_\_**A.2.11 Servizi per la cura o l’assistenza ad anziani, familiari non autosufficienti e figli disabili: ASSISTENZA DOMICILIARE *(I destinatari devono essere beneficiari della legge 104/ 1992)***N destinatari\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui donne\_\_\_\_\_\_\_N familiari coinvolti \_\_\_\_\_\_\_\_\_**A.2.12 Servizi per la cura o l’assistenza ad anziani, familiari non autosufficienti e figli disabili: ASSISTENZA DIURNA *(I destinatari devono essere beneficiari della legge 104/ 1992)***N destinatari\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui donne\_\_\_\_\_\_\_N familiari coinvolti \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 ***B.4. Dati di sintesi delle azioni oggetto di contributo*** *(compilare solamente le voci per le quali si richiede il contributo)*

|  |
| --- |
| **A.1 PROGETTAZIONE PIANO DI WELFARE**  |
| **Tipologia azioni finanziabili**  | **Piano ex novo**  | **Integrazione piano** **esistente** |
| **SI NO** | **SI NO**  |
| **Personale interno** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Personale esterno** | ☐ ☐ | ☐ ☐  |
| **A.2.1 e A.2.2 ADOZIONE PIANO WELFARE**  |
| **Tipologia azioni finanziabili**  | **Piano ex novo**  | **Integrazione piano** **esistente** |
| **SI NO** | **SI NO**  |
| **Personale interno** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Personale esterno** | ☐ ☐ | ☐ ☐  |
|  |
| **A.2.3 Sostegno della flessibilità degli orari di lavoro: acquisto/noleggio PC portatili (notebook/laptop)**  |
| **Tipologia azioni finanziabili**  | **già attive in azienda**  | **da integrare/attivare** |
| **SI NO** | **SI NO**  |
| **Acquisto pc** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Noleggio pc** | ☐ ☐ | ☐ ☐  |
| **A.2.4 Servizi a sostegno della flessibilità oraria e/o organizzativa** |
| **Tipologia azioni finanziabili**  | **già attive in azienda**  | **da integrare/attivare** |
| **SI NO** | **SI NO**  |
| **Attivazione di smart working/telelavoro**  | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Software per organizzazione/ gestione del personale** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Software per gestione e conservazione documentale** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Contratto/convenzione con provider** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Banca ore** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Integrazione congedo di maternità/paternità** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Permessi aggiuntivi** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Congedi per motivi familiari** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **A.2.5 Servizi a supporto dell’organizzazione familiare** |
| **Tipologia azioni finanziabili**  | **già attive in azienda**  | **da integrare/attivare** |
| **SI NO** | **SI NO**  |
| **Contratto/convenzione con fornitore servizi di cura** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Contratto/convenzione per disbrigo pratiche amministrative** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Contratto/convenzione per consegna spesa/pranzo in azienda** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Servizio lavanderia/stireria** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Servizi di pulizia domestica** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Contratto/convenzione per mobilità condivisa** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **A.2.6 Servizi di babysitting per figli di età inferiore a 14 anni** |
| **Tipologia azioni finanziabili**  | **già attive in azienda**  | **da integrare/attivare** |
| **SI NO** | **SI NO**  |
| **Servizi di babysitting** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **A.2.7Servizi per l’infanzia ( 0-6 anni) e servizi a sostegno dei fabbisogni socio-educativi per bambini e ragazzi ( 6 – 14 anni)**  |
| **Tipologia azioni finanziabili**  | **già attive in azienda**  | **da integrare/attivare** |
| **SI NO** | **SI NO**  |
| **Nursery** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Asilo aziendale** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Micro Nidi**  | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Baby Parking** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Servizi di pre-scuola per minori** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Servizi di post-scuola per minori** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Servizi proposti nell’ambito di attività estive/campus** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **A.2.8 Servizi da fruire presso asili nido e/o scuole specializzate ed abilitate all’erogazione dei servizi per l’infanzia** |
| **Tipologia azioni finanziabili**  | **già attive in azienda**  | **da integrare/attivare** |
| **SI NO** | **SI NO**  |
| **Retta asilo** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **A.2.9 Iniziative di formazione e aggiornamento rivolte alle lavoratrici per l’accompagnamento al rientro al lavoro dopo la maternità e/o il congedo parentale** |
| **Tipologia azioni finanziabili**  | **già attive in azienda**  | **da integrare/attivare** |
| **SI NO** | **SI NO**  |
| **Personale interno** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Personale esterno** | ☐ ☐ | ☐ ☐  |
| **A.2.10 Servizi a sostegno psicologico e fisico, iniziative di formazione/informazione sulla salute delle lavoratrici, dei figli e delle loro famiglie** |
| **Tipologia azioni finanziabili**  | **già attive in azienda**  | **da integrare/attivare** |
| **SI NO** | **SI NO**  |
| **Personale interno** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Personale esterno** | ☐ ☐ | ☐ ☐  |
| **A.2.11Servizi di assistenza a familiari anziani non autosufficienti e figli disabili. ASSISTENZA DOMICILIARE** |
| **Tipologia azioni finanziabili**  | **già attive in azienda**  | **da integrare/attivare** |
| **SI NO** | **SI NO**  |
| **Servizi erogati a familiari non autosufficienti** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Servizi erogati a familiari anziani non autosufficienti** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Servizi erogati a figli diversamente abili** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **A.2.12Servizi di assistenza a familiari anziani non autosufficienti e figli disabili ASSISTENZA DIURNA** |
| **Tipologia azioni finanziabili**  | **già attive in azienda**  | **da integrare/attivare** |
| **SI NO** | **SI NO**  |
| **Servizi erogati a familiari non autosufficienti** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Servizi erogati a familiari anziani non autosufficienti** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Servizi erogati a figli diversamente abili** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| **A.3 CERTIFICAZIONE PARITÀ DI GENERE UNI/PDR 125:2022** |
| **Tipologia azioni finanziabili**  |  |  |
| **SI**  | **NO**  |
| **Servizi per ottenimento certificazione parità di genere UNI/PdR 125:2022** | ☐  | ☐  |

**C. RISORSE DA IMPIEGARE NEL PROGETTO**

* 1. *C.1. Risorse umane*

*(compilare una riga per ogni persona coinvolta nell'attuazione del progetto, ad es. per attività di progettazione del piano attuazione delle misure, coordinamento, direzione, rendicontazione, ecc.)*

TABELLA A - Risorse umane che svolgono attività nel progetto

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Funzione | Fascia  ( A, B, C) | Ore/giorni | Soggetto attuatore che rende disponibile la risorsa  | Personale interno/ esterno | Attività in cui è coinvolto*(scegliere tra quelle elencate all’Art. 7 dell’Avviso)* |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

* 1. *C.2. Imprese che forniscono servizi per attuare il progetto*

TABELLA B - Imprese che svolgono attività nel progetto in qualità di fornitori di servizi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Denominazione soggetto fornitore | Funzione | Attività in cui è coinvolto(scegliere tra quelle elencate all’Art. 7 dell’Avviso) | Contratto/ Convenzione / Accordo di collaborazione *( indicare SI se già presente al momento di presentazione della domanda, in caso contrario indicare NO)* |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

**D. CRONOPROGRAMMA E DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO**

**D.1 PROGETTAZIONE PIANO DI WELFARE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Fasi | 1°mese | 2°mese | 3°mese | 4°mese | 5°mese | 6°mese | 7°mese | 8°mese | 9°mese | 10°mese | 11°mese | 12°mese |
|  | **A.1. PROGETTAZIONE PIANO DI WELFARE** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*N.B. La durata delle azioni progettuali è compresa tra 12 e 24 mesi ed ai fini del computo della durata del progetto non sono presi in considerazione la rilevazione dei dati e le attività di studio finalizzati alla redazione del piano di welfare di cui sopra.*

**D.2 ATTUAZIONE PIANO DI WELFARE E** *CERTIFICAZIONE DELLA PARITA’ DI GENERE* - ANNO 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Fasi | 1°mese | 2°mese | 3°mese | 4°mese | 5°mese | 6°mese | 7°mese | 8°mese | 9°mese | 10°mese | 11°mese | 12°mese |
|  | **A.2. ADOZIONE PIANO WELFARE E ATTUAZIONE MISURE DI CONCILIAZIONE** *(specificare nel dettaglio le varie misure che saranno adottate)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A.3. CERTIFICAZIONE DELLA PARITA’ DI GENERE** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*D.3. ATTUAZIONE PIANO DI WELFARE -* ANNO 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Fasi | 1°mese | 2°mese | 3°mese | 4°mese | 5°mese | 6°mese | 7°mese | 8°mese | 9°mese | 10°mese | 11°mese | 12°mese |
|  | **A.2. ADOZIONE PIANO WELFARE E ATTUAZIONE MISURE DI CONCILIAZIONE** *(specificare nel dettaglio le varie misure che saranno adottate)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |