



Cofinanziato
dall'Unione europea



PR FSE+ ABRUZZO 2021-2027

OBIETTIVO "INVESTIMENTI A FAVORE DELL'OCCUPAZIONE E DELLA CRESCITA"

REGISTRO PRESENZA INDIVIDUALE DEL PARTECIPANTE

(NOME E COGNOME) _____

ANAGRAFICA	
ID Scheda di Intervento	
Denominazione Scheda intervento	
Priorità	
Obiettivo specifico	
Azione	
Importo complessivo €	
Titolo del progetto	
CUP	
Codice locale (F.I.E.R.A.)	
Soggetto Attuatore/Beneficiario	
Soggetto Responsabile dell'Attuazione (SRA)	

*Il presente registro è composto di n° _____ pagine
progressivamente numerate dal n° _____ al n° _____*



Cofinanziato
dall'Unione europea



Timbro vidimazione

Partner di ATS che realizza l'attività: _____

Destinatario: (Nome e Cognome) _____

Foglio presenza n. _____						
Data (gg/mm/aa)	Ora inizio attività (00:00)	Ora fine attività (00:00)	Numero ore svolte ¹	Attività svolta ² (indicare una delle attività previste in nota)	Firma destinatario	Firma operatore
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
Totale ore foglio presenza			_____			

¹ Si ricorda di rispettare i parametri di Avviso previsti dall'art. 5 – "Piano Integrato di Inclusione" - articolazione e parametri di progetto (min/max ora/utente)

² 1a) Profiling; Bilancio di competenze; Counseling; Matching Stesura del curriculum; Accompagnamento e assistenza al lavoro, tutoraggio nella fase di inserimento lavorativo; Attività di promozione per potenziali tirocinanti e aziende.

2b) Attività di accompagnamento tutoraggio per Tirocini extracurricolari/T.I.n.A/Borse Lavoro ex DGR 143/2023)

2c) Voucher di Servizio



Cofinanziato
dall'Unione europea



Timbro vidimazione

Partner di ATS che realizza l'attività: _____

Destinatario: (Nome e Cognome) _____

Foglio presenza n. _____						
Data (gg/mm/aa)	Ora inizio attività (00:00)	Ora fine attività (00:00)	Numero ore svolte ³	Attività svolta ⁴ (indicare una delle attività previste in nota)	Firma destinatario	Firma operatore
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
Totale ore foglio presenza			_____			

³ Si ricorda di rispettare i parametri di Avviso previsti dall'art. 5 – "Piano Integrato di Inclusione" - articolazione e parametri di progetto (min/max ora/utente)

⁴ 1a) Profiling; Bilancio di competenze; Counseling; Matching Stesura del curriculum; Accompagnamento e assistenza al lavoro, tutoraggio nella fase di inserimento lavorativo; Attività di promozione per potenziali tirocinanti e aziende.

2b) Attività di accompagnamento tutoraggio per Tirocini extracurricolari/T.I.n.A/Borse Lavoro ex DGR 143/2023)

2c) Voucher di Servizio



Cofinanziato
dall'Unione europea



Timbro vidimazione

Partner di ATS che realizza l'attività: _____

Destinatario: (Nome e Cognome) _____

Foglio presenza n. _____						
Data (gg/mm/aa)	Ora inizio attività (00:00)	Ora fine attività (00:00)	Numero ore svolte ⁵	Attività svolta ⁶ (indicare una delle attività previste in nota)	Firma destinatario	Firma operatore
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
Totale ore foglio presenza			_____			

⁵ Si ricorda di rispettare i parametri di Avviso previsti dall'art. 5 – "Piano Integrato di Inclusione" - articolazione e parametri di progetto (min/max ora/utente)

⁶ 1a) Profiling; Bilancio di competenze; Counseling; Matching Stesura del curriculum; Accompagnamento e assistenza al lavoro, tutoraggio nella fase di inserimento lavorativo; Attività di promozione per potenziali tirocinanti e aziende.

2b) Attività di accompagnamento tutoraggio per Tirocini extracurricolari/T.I.n.A/Borse Lavoro ex DGR 143/2023)

2c) Voucher di Servizio



Cofinanziato
dall'Unione europea



Timbro vidimazione

Partner di ATS che realizza l'attività: _____

Destinatario: (Nome e Cognome) _____

Foglio presenza n. _____						
Data (gg/mm/aa)	Ora inizio attività (00:00)	Ora fine attività (00:00)	Numero ore svolte ⁷	Attività svolta ⁸ (indicare una delle attività previste in nota)	Firma destinatario	Firma operatore
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
Totale ore foglio presenza			_____			

⁷ Si ricorda di rispettare i parametri di Avviso previsti dall'art. 5 – "Piano Integrato di Inclusione" - articolazione e parametri di progetto (min/max ora/utente)

⁸ 1a) Profiling; Bilancio di competenze; Counseling; Matching Stesura del curriculum; Accompagnamento e assistenza al lavoro, tutoraggio nella fase di inserimento lavorativo; Attività di promozione per potenziali tirocinanti e aziende.
2b) Attività di accompagnamento tutoraggio per Tirocini extracurricolari/T.I.n.A/Borse Lavoro ex DGR 143/2023)
2c) Voucher di Servizio



Cofinanziato
dall'Unione europea



Timbro vidimazione

Partner di ATS che realizza l'attività: _____

Destinatario: (Nome e Cognome) _____

Foglio presenza n. _____						
Data (gg/mm/aa)	Ora inizio attività (00:00)	Ora fine attività (00:00)	Numero ore svolte ⁹	Attività svolta ¹⁰ (indicare una delle attività previste in nota)	Firma destinatario	Firma operatore
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
Totale ore foglio presenza			_____			

⁹ Si ricorda di rispettare i parametri di Avviso previsti dall'art. 5 – "Piano Integrato di Inclusione" - articolazione e parametri di progetto (min/max ora/utente)

¹⁰ 1a) Profiling; Bilancio di competenze; Counseling; Matching Stesura del curriculum; Accompagnamento e assistenza al lavoro, tutoraggio nella fase di inserimento lavorativo; Attività di promozione per potenziali tirocinanti e aziende.

2b) Attività di accompagnamento tutoraggio per Tirocini extracurricolari/T.I.n.A/Borse Lavoro ex DGR 143/2023)

2c) Voucher di Servizio



Cofinanziato
dall'Unione europea



Timbro vidimazione

Foglio note¹¹

Firma Operatore/i

Firma Destinatario

*Firma Rappresentante Legale ente
partner che realizza le attività*

¹¹ Se necessario utilizzare questo spazio per relazionare le attività in corso.