**PSU**

**Patto di servizio Utenza**

**(Rev.02)**

**Contratto n°......................................................................**

**Patto di Servizio con Utenza**

TRA …………………….

E

IL SIG./LA SIG.RA …………………………………………………

Dati anagrafici ed amministrativi dell’Utente

|  |  |
| --- | --- |
| Codice Fiscale |  |
| Nato a |  |
| Il |  |
| Cittadinanza |  |
| Residente |  |
| Domiciliato |  |
| Via |  |
| Telefono/cellulare |  |
| Email |  |
| Stato (disoccupato/inoccupato) |  |
| Iscritto Centro per l’Impiego (S/N) |  |
| Altro |  |

L’utente ha manifestato interesse

* Iniziative di WBO
* Spin off
* Creazione di impresa
* Un informazione utile per il suo progetto d’inserimento professionale
* altro

L’utente ha manifestato interesse nell’ambito della filiera

* Nautica e cantieristica
* Turismo innovativo e sostenibile
* Biotecnologie "blu e verdi"
* Energie rinnovabili "blu e verdi"

Manifesta l’interesse...

* Individualmente
* Insieme ad altri soggetti

Breve descrizione dell’idea/interesse

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Altri soggetti interessati

* ……………………………………..
* ……………………………………..
* ……………………………………..

**Dichiarazione di disponibilità**

Il Sig./La Sig.ra ………………………………………………

dichiara la propria disponibilità a:

* Coordinarsi con l’operatore di riferimento in merito all’attivazione e lo sviluppo di percorsi di WBO, Spin off, creazione di impresa secondo i modelli e le prassi stabilite dal progetto O.P.E.R.A.
* Partecipare a incontri (prevalentemente presso i nodi delle antenne territoriali del progetto O.P.E.R.A.) con esperti/consulenti messi a disposizione dal progetto **(secondo quanto stabilito all’allegato A)** ed iniziative per il rafforzamento e lo sviluppo del proprio progetto di WBO, Spin off, creazione di impresa e/o delle competenze e conoscenze legato allo sviluppo della medesima
* Partecipare a iniziative di training fruibili, organizzati presso i nodi della rete territoriale
* Valutare la possibilità di sviluppare la propria idea WBO, Spin off, creazione di impresa con altri soggetti che nell’ambito del progetto hanno manifestato interesse verso i medesimi ambiti e /o tipologie di attività
* A garantire la tracciabilità delle attività svolte e della partecipazione agli incontri stabiliti, dei contatti avvenuti nonché dei risultati ottenuti e degli obiettivi raggiunti in funzione degli strumenti di rilevazione e delle modalità messe a indicate dal programma.

**L’operatore responsabile delle attività, frequenza e modalità dei contatti**

Il Responsabile delle attività viene individuato nel Sig./nella Sig.ra………………

La presa in carico dell’utente verrà fatta da :

□ Lo sportello direttamente

□ Un partner associato

*Nell’ambito d’una presa in carico diretta dallo sportello :*

La frequenza ordinaria dei contatti fra il Sig/la Sig.ra………………………………………………. e l’operatore referente delle attività sarà la seguente:

□ settimanale

□ quindicinale

□ mensile

□ (altro) …………………………………………….

Il prossimo contatto è fissato per il giorno………………..alle ore……..

* presso…………………
* via WEB
* altro

Gli ulteriori contatti verranno stabiliti in funzione del programma di intervento stabilito tra le parti

L’utente, in relazione alle comunicazioni inerenti il progetto fornisce i seguenti recapiti:

* via mail, al seguente indirizzo………………………………………………………………………………
* via SMS, al seguente numero di telefono……………
* skype…………………………………..
* (altro)…………………………………………

Il Sig./La Sig.ra ……………………………. si impegna a comunicare tempestivamente al responsabile delle attività, utilizzando il seguente indirizzo di posta elettronica………………………………………..:

- il cambio dei dati personali anagrafici, dei recapiti telefonici e di posta elettronica indicati nel presente Patto;

- ogni altra informazione utile all’aggiornamento o alla ridefinizione del presente Patto;

- l’eventuale indisponibilità a partecipare agli incontri/iniziative programmati.

**Conferma**

Il/la Sig./ra ...................................................conferma la propria adesione al presente Patto di Servizio Utenza e dichiara:

* di aver ricevuto la copia conforme del presente documento,
* di aver ricevuto informativa generale sul progetto O.P.E.R.A.
* di aver preso visione dell’informativa relativa al trattamento dei dati personali (**all’art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all’art. 13 GDPR 679/16**) e di dare il proprio consenso al trattamento dei dati per i fini indicati nella suddetta informativa.

Luogo.........................................., data............................................. Letto, firmato e sottoscritto.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L’utente  …………………………………. | L’operatore/tutor responsabile delle attività  …………………………………. | Il responsabile del progetto  ………………………………… |

**Allegato A) Quadro delle prestazioni e servizi erogati**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Piano delle attività | Descrizione  (Titolo iniziativa, consulente, esperto individuato ecc...) | Data | N° di ore |
| 1 | * Orientamento * Bilancio di competenze * Training * Consulenza * Elaborazione business plan * altro |  |  |  |
| 2 | * Orientamento * Bilancio di competenze * Training * Consulenza * Elaborazione business plan * altro |  |  |  |
| 3 | * Orientamento * Bilancio di competenze * Training * Consulenza * Elaborazione business plan * altro |  |  |  |
| 4 | * Orientamento * Bilancio di competenze * Training * Consulenza * Elaborazione business plan * altro |  |  |  |
| 5 | * Orientamento * Bilancio di competenze * Training * Consulenza * Elaborazione business plan * altro |  |  |  |
| n.. | * Orientamento * Bilancio di competenze * Training * Consulenza * Elaborazione business plan * altro |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma destinatario interventi  …………………………………………………………………. | Firma operatore  ……………………………………………………………………. |

Data aggiornamento……………………………