

**ACCORDO AZIENDALE PER LA REALIZZAZIONE DI PERCORSI FORMATIVI AI SENSI ARTICOLO 88  
COMMA 1 DL 34/20 COME MODIFICATO DALL'ARTICOLO 4 DL 104/20**

Denominazione dell'azienda .....

C.F./P.IVA ..... Indirizzo.....

N. Matricola INPS.....

Legale rappresentante.....

CCNL applicato \_\_\_\_\_

Ente/Soggetto Erogatore della formazione .....

Numero totale dei dipendenti dell'impresa .....

Numero dei dipendenti coinvolti nella formazione a seguito della rimodulazione oraria.....

Preso atto dell'accordo quadro sottoscritto da CGIL, CISL, UIL, CNA, CONFARTIGIANATO, CASARTIGIANI, CLAAI dell'Emilia – Romagna in data....., al quale l'impresa dichiara di conformarsi.

Monte ore di rimodulazione dell'orario di lavoro dei lavoratori coinvolti:

*(Indicare quante sono le ore settimanali/mensili di formazione a cui sono adibiti i lavoratori secondo la rimodulazione oraria, indicando i nomi dei lavoratori, le loro matricole INPS e il loro orario contrattuale, il livello di inquadramento e la mansione svolta)*

<i>Nome e cognome del lavoratore</i>	<i>Matricola INPS</i>	<i>Orario contrattuale</i>	<i>livello</i>	<i>mansione</i>	<i>Ore formazione Settimanali/mensili giornaliere</i>

- a) A decorrere dalla data di inizio delle attività formative e per tutta la durata del progetto formativo, l'orario di lavoro verrà rimodulato nel seguente modo \_\_\_\_\_
- Rimodulazione giornaliera/settimanale/mensile
  - % complessiva della rimodulazione rispetto al normale orario di lavoro
- b) I lavoratori interessati dalla rimodulazione e conseguentemente dalla formazione sono:

- Nome e cognome del lavoratore, matricola INPS, livello di inquadramento, mansione, num. ore in rimodulazione
- c) Il numero complessivo delle ore di formazione

Fabbisogni dell'impresa di nuove o maggiori competenze:

*(Indicare le ragioni e il progetto di riorganizzazione aziendale a seguito del quale si ritiene necessario incrementare o migliorare le competenze del personale, individuando gli ambiti di intervento e le aree professionali dove si ritiene di dover qualificare/riqualificare il personale)*

- a) Specificare le mutate esigenze organizzative e produttive dell'impresa per le quali è richiesta una rimodulazione dell'orario di lavoro finalizzata all'acquisizione di nuove competenze
- b) Specificare quali tipologie di innovazioni verranno apportate per rispondere alle suddette esigenze:
  - Innovazioni organizzative;
  - Innovazioni tecnologiche;
  - Innovazioni di processo;
  - Innovazioni dei servizi;
  - Innovazioni produttive;

Indicare il livello di competenze in possesso dei lavoratori coinvolti e l'intensità dell'intervento formativo per il raggiungimento del conseguimento delle Qualificazioni EFQ 3 -4 qualora costituisca obiettivo del Progetto

- Specificare i fabbisogni di competenze individuati ai fini del conseguimento di una qualificazione o formalizzazione EFQ (livello 3 o 4)
- Identificare le modalità di mappatura delle competenze possedute dai lavoratori in ingresso al percorso formativo
- Identificare le modalità di mappatura delle competenze attese per lavoratori al termine del percorso formativo

Nel caso di formazione erogata direttamente dall'impresa, indicare il possesso dei requisiti tecnico-fisici e professionali di capacità formativa da parte dell'impresa stessa, come specificato nel Progetto di formazione

Descrizione sintetica del Progetto Formativo:

- Titolo e durata complessiva
- Periodo di realizzazione della formazione: inizio e termine
- Articolazione in moduli

- Descrizione di ogni modulo formativo (titolo, contenuti, durata, docenti, numero di lavoratori partecipanti)
- Livello di qualificazione acquisito in esito al percorso formativo

L'azienda dichiara che le attività formative di cui al Progetto allegato verranno svolte nel rispetto dei provvedimenti e delle misure previste per contenere e prevenire la diffusione del virus SARS-COVID19, con riferimento ai DPCM, alle Linee guida regionali e ai Protocolli di sicurezza sindacali in vigore

L'efficacia dell'intervento formativo rispetto alle finalità del D.I. del 9/10/2020 sarà oggetto di verifica a cura delle Parti firmatarie del presente accordo.

Firma del legale rappresentante e Timbro dell'impresa

La sottoscrizione dell'accordo da parte delle OOSS potrà avvenire in forma digitale

Data e data

---

Firme

---