**Allegato 3**

**Registro delle presenze/attività**

**PON PER L’ATTUAZIONE DELL’INIZIATIVA EUROPEA PER L’OCCUPAZIONE DEI GIOVANI - PON IOG**

**Piano di attuazione regionale PAR Lazio – Nuova Garanzia Giovani (DGR n. 451/2018 e s.m.i.)**

**Misura 7.1. “Attività di accompagnamento all’avvio di impresa e supporto allo *start-up* di impresa”**

|  |  |
| --- | --- |
| Dati generali | |
| Soggetto accreditato *(ragione sociale)* |  |
| Accreditamento per | …………………………………………  D.D. n. ……..del ……………………. |
| Destinatario (*nome cognome*) |  |
| Fascia profilazione destinatario |  |
| Codice Fiscale |  |
| Data stipula PSP  OMLS (*nome cognome*)  RO (*nome cognome*) |  |
|  |
|  |

| **ATTIVITÀ: CONSULENZA (*coaching e counseling* finalizzati allo sviluppo di un’idea imprenditoriale o di un’attività autonoma)** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Dalle – Alle | Totale Ore giornaliere | Modalità di erogazione dell’attività |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*(Aggiungere righe, se necessario)*

Firma del destinatario

………………………………………………………………………………………

Firma dell’OMLS

………………………………………………………………………………………

Firma del RO[[1]](#footnote-1)

………………………………………………………………………………………

| **ATTIVITÀ: DEFINIZIONE dell’idea imprenditoriale o dell’attività autonoma.** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Dalle – Alle | Totale Ore giornaliere | Modalità di erogazione dell’attività |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*(Aggiungere righe, se necessario)*

Firma del destinatario

………………………………………………………………………………………

Firma dell’OMLS

………………………………………………………………………………………

Firma del RO

………………………………………………………………………………………

| **ATTIVITÀ: Redazione del business plan.** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Dalle – Alle | Totale Ore giornaliere | Modalità di erogazione dell’attività |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Firma del destinatario

………………………………………………………………………………………

Firma dell’OMLS

………………………………………………………………………………………

Firma del RO

………………………………………………………………………………………

| **ATTIVITÀ: AFFIANCAMENTO per la costituzione di impresa/avvio attività di lavoro autonomo** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Dalle – Alle | Totale Ore giornaliere | Modalità di erogazione dell’attività |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*(Aggiungere righe, se necessario)*

Firma del destinatario

………………………………………………………………………………………

Firma dell’OMLS

………………………………………………………………………………………

Firma del RO

………………………………………………………………………………………

1. Sufficiente unica firma qualora le figura dell’OLMS e RO coincidano. [↑](#footnote-ref-1)