



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale
Servizio Lavoro

Asse Inclusion sociale PO FSE 2014-2020 - OT 9 – Priorità I – Obiettivo specifico 9.2. Azione 9.2.4
“Sostegno alle imprese per progetti integrati per l’assunzione, l’adattamento degli ambienti di lavoro, la valorizzazione delle diversità nei luoghi di lavoro”

Allegato C – Cronoprogramma di dettaglio delle azioni Progettuali

Linee Guida per la gestione e la rendicontazione dei progetti

Avviso Pubblico per la concessione di aiuti alle imprese per la realizzazione di misure per la promozione del Diversity Management

Periodo di riferimento del progetto (*)

dal

al

(*) inserire la data di inizio attività comunicata nell'allegato D.

N.B. E' necessario

compilare prima questa copertina per poi procedere con la compilazione del cronoprogramma nel foglio successivo.

CUP

CLP

Prot. Convenzione

Soggetto beneficiario

Spazio per la vidimazione





**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale
Servizio Lavoro

CRONOPROGRAMMA DELLE AZIONI PROPOSTE NELL'ARCO DEI 12 MESI

SI RICORDA CHE L'AZIONE N.1 É OBBLIGATORIA E LA RELATIVA REALIZZAZIONE DEVE ESSERE PREVISTA PER TUTTI I QUATTRO TRIMESTRI.

TIPLOGIA DI AZIONE DA IMPLEMENTARE	SINGOLE ATTIVITA' PER AZIONE	Trimestre 1					Trimestre 2					Trimestre 3					Trimestre 4							
		dal	30/12/1899	al	29/03/1900		dal	30/03/1900	al	29/06/1900		dal	30/06/1900	al	29/09/1900		dal	30/09/1900	al	29/12/1900				
N.1	a)																							
	b)																							
	c)																							
N.2	a)																							
	b)																							
N.3	a)																							
	b)																							
N.4	a)																							
	b)																							

Indicare la durata delle attività colorando le caselle, corrispondenti ognuna alla durata di 15 giorni, per indicare il lasso di tempo in cui vengono svolte.

Data e luogo _____

Timbro e Firma digitale* del Legale Rappresentante del Beneficiario/Capofila del RT _____

Allegare copia del documento di identità in corso di validità del legale rappresentante

Spazio per la vidimazione

(*) Documento firmato digitalmente in conformità alle disposizioni di cui al d.lgs. 7 marzo 2005 n.82, codice dell'amministrazione digitale. I documenti sottoscritti mediante firma digitale costituiscono copia originale ad ogni effetto di legge ai sensi del D. Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii. Ai sensi del 1° comma dell'art. 45 del D.Lgs. 82/2005. I documenti trasmessi ad una pubblica amministrazione con qualsiasi mezzo telematico o informatico idoneo ad accertarne la fonte di provenienza, soddisfano il requisito della forma scritta e la loro trasmissione non deve essere seguita da quella del documento originale.

