



Regione Lombardia



LEGGE 236/1993
PROGETTO 536354 - Progetti Quadro Legge 236/93 - Anno 2009 -
FORMA.P. - FORMAZIONE in Pillole
Az. 536514 TECNOLOGIE INFORMATICHE - ID. ED. 872214

FORMAZIONE INFORMATICA
CORSO DI
AUTOCAD BIDIMENSIONALE
Aula Rossa Confartigianato

Corso gratuito

GIORNI: LUNEDÌ - MERCOLEDÌ
TOTALE ORE: 24
Docente: FRANCESCO RIVADOSSI

OTTOBRE	NOVEMBRE
04/10/2010 dalle ore 19.00 alle ore 22.00	18/10/2010 dalle ore 19.00 alle ore 22.00
06/10/2010 dalle ore 19.00 alle ore 22.00	20/10/2010 dalle ore 19.00 alle ore 22.00
11/10/2010 dalle ore 19.00 alle ore 22.00	25/10/2010 dalle ore 19.00 alle ore 22.00
13/10/2010 dalle ore 19.00 alle ore 22.00	27/10/2010 dalle ore 19.00 alle ore 22.00

SEDE:ELFI – Ente di Formazione di CONFARTIGIANATO Unione di Brescia, in via Orzinuovi, 28, a Brescia.

PROGRAMMA: Coordinate Cartesiane relative ed assolute con esercizi pratici, file prototipo con esercizi pratici. I Layers con esercizi pratici, i limiti del disegno con esercizi pratici, Zoom e Pan con esercizi pratici, i tasti funzione con esercizi pratici, Linee, Polilinee, Archi, Raggi, Cerchi, Smussi , Raccordi con esercizi pratici. Spezza, Cimatura, Blips con esercizi pratici. Quotature con esercizi pratici, comandi Importa ed Esporta file con esercizi pratici, esercizi di copiatura di disegni ricavati da libri di testo per Istituti Tecnici, esercizi di costruzione di disegni ricavati da pezzi meccanici portati in aula, esercizi dove ogni allievo disegna un particolare di un oggetto composto e complesso e successivamente costruisce il "complessivo" utilizzando i diversi particolari disegnati dagli altri allievi.

OBIETTIVI: Migliorare la conoscenza del programma Autocad in modo tale da poter utilizzare uno strumento all' avanguardia quale il disegno assistito dal computer. Trasmettere agli allievi la consapevolezza che disegnare con il computer è molto più pratico, veloce, preciso, facile e produttivo rispetto al disegno a tecnigrafo, ed infine far sì che, alla fine del corso, i partecipanti abbiano una sufficiente autonomia e conoscenza delle problematiche di Autocad e che permetta loro di lavorare e gestire autonomamente il programma.

DESTINATARI DEL CORSO Ai corsi potranno partecipare esclusivamente dipendenti di attività non pubbliche che vogliano approfondire la conoscenza del programma Autocad Bidimensionale.

ISCRIZIONI E INFORMAZIONI Per partecipare inviate la scheda di iscrizione allegata, compilata in tutte le sue parti, al numero di fax 030 37 45 336 oppure via mail all'indirizzo area.formazione@confartigianato.bs.it **ENTRO E NON OLTRE il giorno venerdì 24/09/2010**

Per ulteriori informazioni contattare l'Area dei Servizi Tecnici e Formativi – Settore Formazione della scrivente Organizzazione al numero telefonico **030 37 45 235**.

BANDO: 299	PROGETTO: 536354 FORMA.P. FORMAZIONE IN PILLOLE
AZIONE: 536514 TECNOLOGIE INFORMATICHE	EDIZIONE: 872214 AUTOCAD BIDIMENSIONALE

MODULO ALLIEVO (cognome e nome):	
---	--

DATI ANAGRAFICI:		
Nato/a a	il	
Residente a	in via	
C.F.	Tel.	
NAZIONALITÀ:		
<input type="checkbox"/> Italiana	<input type="checkbox"/> Altri paesi UE	
<input type="checkbox"/> Paesi Europei non UE	<input type="checkbox"/> Paesi non UE del Mediterraneo	
<input type="checkbox"/> Altri paesi africani	<input type="checkbox"/> Altri paesi asiatici	
<input type="checkbox"/> America	<input type="checkbox"/> Oceania	
ATTUALE CONDIZIONE PROFESSIONALE:		
<input type="checkbox"/> Occupato alle dipendenze (compresi tirocinanti retribuiti)		
<input type="checkbox"/> Occupato con contratti a causa mista (CFL, apprendistato e contratti di inserimento)		
<input type="checkbox"/> Occupato lavoro parasubordinato (Collaboratore coordinato e continuativo o collaboratore coordinato a progetto, associato in partecipazione)		
<input type="checkbox"/> Occupato altro lavoratore autonomo		
<input type="checkbox"/> Occupato imprenditore		
TIPOLOGIA CONTRATTUALE: (Specificare CCNL _____)		
<input type="checkbox"/> Contratto a tempo determinato	<input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato	
<input type="checkbox"/> Contratto di lavoro intermittente	<input type="checkbox"/> Contratto di lavoro ripartito	
<input type="checkbox"/> Contratto di lavoro a tempo parziale	<input type="checkbox"/> Contratto di apprendistato	
<input type="checkbox"/> Contratto di inserimento	<input type="checkbox"/> Tipologie contrattuali a progetto o occasionale	
<input type="checkbox"/> Cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria		
CASSA INTEGRATO		
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
TITOLO DI STUDIO:		
<input type="checkbox"/> Nessun titolo o licenza elementare	<input type="checkbox"/> Licenza media inferiore	
<input type="checkbox"/> Diploma di qualifica professionale (tramite istituto professionale)	<input type="checkbox"/> Qualifica professionale di I livello	
<input type="checkbox"/> Qualifica acquisita tramite apprendistato	<input type="checkbox"/> Diploma di maturità o scuola superiore	
<input type="checkbox"/> Qualifica professionale post diploma	<input type="checkbox"/> Certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS)	
<input type="checkbox"/> Diploma universitario o laurea triennale	<input type="checkbox"/> Master post laurea triennale	
<input type="checkbox"/> Laurea di durata superiore ai tre anni	<input type="checkbox"/> Dottorato, master o specializzazione post laurea	
Se in passato ha frequentato e interrotto un corso di studi senza conseguire il titolo, indicare la scuola		
<input type="checkbox"/> Non ho interrotto alcun corso di studi <input type="checkbox"/> Ho interrotto il corso di studi (specificare _____)		
POSIZIONE PROFESSIONALE:		
<input type="checkbox"/> Dirigente	<input type="checkbox"/> Direttivo - quadro	<input type="checkbox"/> Impiegato o intermedio
<input type="checkbox"/> Operaio, subalterno e assimilati	<input type="checkbox"/> Apprendista	<input type="checkbox"/> Coadiuvante
<input type="checkbox"/> Imprenditore	<input type="checkbox"/> Libero professionista	<input type="checkbox"/> Lavoratore in proprio
<input type="checkbox"/> Socio di cooperativa di produzione	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	

Manuale della Qualità

ALLIEVO SVANTAGGIATO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CATEGORIE SVANTAGGIO: portatori di handicap fisico e/o mentale, persone inquadrabili nei fenomeni di nuova povertà, extracomunitari, nomadi, tossicodipendenti, ex-tossicodipendenti, detenuti, ex-detenuti	
TIPOLOGIA LAVORATORE:	
<input type="checkbox"/> Lavoratori inseriti nelle tipologie contrattuali previste dal titolo V, VI e VII previsto dal DLgs 276/03	<input type="checkbox"/> Lavoratori di imprese private con meno di quindici dipendenti
<input type="checkbox"/> Lavoratori iscritti nelle liste di mobilità	<input type="checkbox"/> Lavoratori di imprese private con CIGO e CIGS
<input type="checkbox"/> Lavoratori over 45 anni	<input type="checkbox"/> Donne over 40 anni
<input type="checkbox"/> Lavoratori in possesso del solo titolo di licenza elementare o di istruzione obbligatoria	<input type="checkbox"/> Apprendisti di cui al titolo VI (Capo I), limitatamente alla formazione aggiuntiva a quella contrattualmente prevista
<input type="checkbox"/> Lavoratori provenienti da paesi non appartenenti all'unione Europea	<input type="checkbox"/> Altri non prioritari

Data

Firma del dichiarante

DICHIARAZIONE AZIENDA PARTECIPANTE

Io sottoscritto _____

nella mia qualità di rappresentante legale / procuratore speciale dell'azienda:

Ragione Sociale:			
Sede legale:			
P. IVA/C.F.			
N° ISCRIZIONE ALLA CCIAA:		PROVINCIA D'ISCRIZIONE CCIAA:	
SETTORE DI ATTIVITÀ:			
<input type="checkbox"/> Estrazione di minerali	<input type="checkbox"/> Attività manifatturiere	<input type="checkbox"/> Produzione di energia, gas e acqua	<input type="checkbox"/> costruzioni
<input type="checkbox"/> Commercio ingrosso e dettaglio, riparazione autoveicoli, motocicli, beni personali e per la casa	<input type="checkbox"/> Alberghi e ristoranti	<input type="checkbox"/> Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni	<input type="checkbox"/> Attività immobiliare, noleggio, informatica, ricerca, servizi alle imprese
<input type="checkbox"/> Istruzione	<input type="checkbox"/> Sanità e assistenza sociale	<input type="checkbox"/> Altri servizi pubblici, sociali e personali	<input type="checkbox"/> Altro

CONFERMO

la nostra disponibilità a partecipare alle attività formative che si realizzeranno all'interno del Progetto _____

Sotto la mia responsabilità dichiaro quanto segue:

- 11 che il partecipante al corso ricade nella seguente tipologia di destinatari ammissibili (segnare con una crocetta):
- lavoratrici e lavoratori delle imprese private con meno di 15 dipendenti;
 - lavoratrici e lavoratori inseriti nelle tipologie contrattuali previste dal Titolo V, dal Titolo VI e al Titolo VII – Capo I - del Decreto Legislativo n 276 del 10 settembre 2003;
 - gli/le apprendisti/e di cui al Titolo VI - Capo I – del Decreto Legislativo n 276/93 limitatamente alla formazione aggiuntiva a quella contrattualmente prevista;
 - lavoratrici e lavoratori di qualsiasi impresa privata collocati con cassa integrazione guadagni ordinaria e straordinaria;
 - lavoratrici e lavoratori iscritti nelle liste di mobilità;
 - lavoratori di qualsiasi impresa privata con età superiore ai 45 anni;
 - lavoratrici di qualsiasi impresa privata con età superiore ai 40 anni;
 - lavoratrici e lavoratori di qualsiasi impresa privata in possesso del solo titolo di licenza elementare o di istruzione obbligatoria;
 - lavoratrici e lavoratori provenienti da Paesi non appartenenti all'Unione Europea e provenienti da paesi di recente adesione all'Unione Europea
- 11 che l'azienda è (segnare con una crocetta):
- una **Microimpresa**: meno di 10 dipendenti; fatturato annuo, oppure totale attivo patrimoniale, non superiore a 2 Milioni di Euro
 - una **Piccola Impresa**: meno di 50 dipendenti e fatturato annuo, oppure totale attivo patrimoniale, non superiore a 10 Milioni di Euro
 - una **Media Impresa**: meno di 250 dipendenti e fatturato annuo non superiore a 50 Milioni di Euro oppure totale attivo patrimoniale non superiore a 43 Milioni di Euro
- Le 3 tipologie di imprese non debbono risultare controllate per una quota superiore al 25% del capitale o dei diritti di voto da altre imprese o gruppi rientranti nella categoria rispettivamente superiore
- una **Grande Impresa**: sono classificate tali le imprese che non rientrano nelle 3 categorie sopra descritte
- 11 che l'azienda ha sede operativa in Regione Lombardia
- 11 che l'azienda si impegna, ai fini della copertura della quota di cofinanziamento privato, ad assicurare la partecipazione dell'iscritto ad almeno il 75% del monte ore del corso
- 11 di essere a conoscenza:
- a) delle finalità del corso;
 - b) che il presente Progetto Quadro si avvale del sostegno finanziario dell'Unione Europea, dello Stato e della Regione Lombardia
- 11 che l'azienda si impegna a fornire tutta la documentazione che sarà richiesta dall'attuatore in relazione agli obblighi nei confronti della Regione Lombardia, in particolare quanto necessario per certificare i costi del personale a copertura della quota privata del finanziamento (compilazione della scheda di iscrizione del partecipante)

Data

Azienda (timbro e firma)

Manuale della Qualità _____

AUTOCERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/ La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____

Via _____

in qualità di titolare dell'impresa _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso decade ai sensi dell'art. 75 del DPR n. 445/2000 dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e soggiace alle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000,

con riferimento alla partecipazione del/della lavoratrice

al Progetto _____ id. _____ Azione _____ Edizione _____

D I C H I A R A

che al lavoratore/trice _____

dipendente della società _____

assunto/a in data _____

con contratto _____

è corrisposta una paga oraria di euro _____

(al lordo degli oneri prev.li e contributi).

Dichiara, inoltre, che tutta la documentazione comprovante i fatti sopra dichiarati, è disponibile presso la nostra sede legale sita in _____

Via _____

per la verifica e l'accertamento da parte della Regione Lombardia e degli organi competenti.

Dichiara infine, di essere informato che, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e data

Firma del dichiarante

Allegato: documento d'identità del dichiarante