**Allegato 1**

**Master universitari di I e II livello – Incubatori di idea d’impresa**

Spett.le

Inps - Direzione centrale

Sostegno alla non autosufficienza,

invalidità civile e altre prestazioni

dc.invaliditacivilecreditowelfare@postacert.inps.gov.it

# **Oggetto:** Progetto Archimede - Proposta di accreditamento e convenzionamento in relazione all’Avviso di selezione e ricerca di Master in “entrepreneurship” finalizzati alla creazione di Start up

# Visto l’Avviso di selezione e ricerca di Master in “entrepreneurship” finalizzati alla creazione di Start up (Progetto Archimede), pubblicato da codesto Istituto

# Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# CF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di rappresentate legale del

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# dichiara il possesso di tutti i requisii ivi previsti e trasmette la presente candidatura:

|  |  |
| --- | --- |
| Soggetto proponente |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo |  |
| Titolo del percorso formativo  | Master in *entrepreneurship* finalizzato alla creazione di Start Up  |
| Tipologia del corso (selezionare con una X) | * Master di I livello
* Master di II livello
* Corso equiparato annuale/biennale erogato da soggetto estero
 |
| Sito internet di riferimento del master/corso  |  |
| Contatti | telefono |
| e-mail |

Si allega la **Scheda Tecnica**, debitamente compilata, al fine di comprovare e descrivere il possesso dei requisiti minimi previsti dall’Avviso.

Data,

Firma e timbro del Legale Rappresentante

**La presente scheda, che illustra il progetto formativo presentato, è compilata avendo a riferimento i requisiti minimi per l’accreditamento dei master così come previsti dall’Avviso di selezione e ricerca di Master in “entrepreneurship” finalizzati alla creazione di Start up 2019**

|  |  |
| --- | --- |
| **Soggetto proponente** Specificare l’appartenenza alle categorie di cui all’art. 3 dell’Avviso |  |
| **Titolo e livello del Master**  |  |
| **Sede didattica** del master/corso e del servizio di incubatore di impresa |  |
| **Servizio di incubatore e di acceleratore di impresa**Dichiarare il possesso dei requisii di cui all’art. 3.3 dell’Avviso. Se il servizio di incubatore di impresa e di acceleratore di impresa è svolto da un soggetto terzo rispetto al proponente, indicare il tipo di accordo giuridico formalizzato e la relativa data di decorrenza. Specificare: * almeno 15 imprese accelerate;
* nome cognome e CF di almeno due studenti laureati presso il soggetto proponente i cui progetti sono stati finanziati dall’acceleratore di impresa.
 |  |
| **Master**Dichiarare il possesso dei requisiti dell’iniziativa formativa di cui all’art. 4.1 – punti a), b), c), d), e) |  |
| **Ore di formazione erogate e loro ripartizione**(art. 4: indicare il piano didattico del corso, specificando il n. ore complessivo e per attività didattica e il possesso dei requisiti dell’iniziativa formativa) |  |
| **Servizio di incubatore d’impresa** (Artt. 4.2, 4.3, fornire informazioni sul supporto alla predisposizione del *business plan* del progetto imprenditoriale ipotizzato garantito allo studente) |  |
| **Accesso all’acceleratore d’impresa**(Specificare la tipologia di supporto garantito allo studente per il reperimento dei finanziamenti e per la presentazione dell’idea di impresa sul mercato, art. 4.4 avviso) |  |
| **Direttore/Coordinatore Didattico** (nominativo, dichiarazione di esperienza pregressa e incarico attualmente rivestito) |  |
| **Corpo docente** (nominativi, esperienza maturata, incarico attualmente rivestito, rapporto con il soggetto proponente) |  |
| **Logistica e dotazioni strumentali** Indicare gli elementi di cui all’art. 6 dell’avviso |  |
| **Assegnazione borse di studio**Esplicitare l’impegno a trasmettere entro il 15 ottobre 2019 l’elenco dei candidati alla borsa INPS e a consentire la partecipazione alla Commissione di valutazione, in base alle disposizioni di cui all’art. 8.3. |  |
| **Fase di incubatore dell’idea di impresa** (art 9.1 dell’avviso. Indicare la durata della fase di incubatore ed esplicitare l’impegno di cui all’art. 9.2)  |  |
| **Azioni di *placement* delle start up**(art. 10.3 dell’Avviso, esplicitare l’impegno alla presentazione alle imprese del settore di tutti i progetti perfezionati) |  |
| **Pubblicazione Curriculum Vitae dei partecipanti al Master** (indicare le modalità di adempimento della disposizione di cui all’art.11 dell’Avviso) |  |
| **Descrizione modelli *Customer Satisfaction***(art.12 dell’Avviso) |  |
| **Monitoraggio dell’efficacia delle start up premiate** (Esplicitare l’impegno di cui all’art.13 dell’avviso) |  |
| **Promozione del percorso accreditato, dei progetti incubati e dei premi assegnati alle start up** (Descrivere la promozione delle iniziative formative con esplicito riferimento alla riserva di posti per i borsisti INPS, anche attraverso giornate appositamente dedicate, art. 17 dell’avviso) |  |
| **Costo del Master** (art. 18 dell’Avviso - indicare il costo del Master) |  |
| **Costo per i servizi di incubatore d’impresa** (art. 18 costo mensile e costo complessivo dei servizi di incubatore) |  |
| **Costo del Master e costo dei servizi di incubatore di impresa per i privati** (art. 18.2 dell’Avviso) |  |

Quanto sopra esposto rappresenta una dichiarazione e corrisponde a quanto presente agli atti del Soggetto Proponente e a manifestazioni di volontà per attività poste in essere e propedeutiche all’attivazione del percorso formativo proposto.

Data,

Firma e timbro del Legale Rappresentante