**RELATÓRIO TÉCNICO DE EXECUÇÃO**

**Identificação da Entidade Beneficiária**

Denominação Social:

NIPC:

Pessoa responsável pelo preenchimento do Relatório:

Nome:

Cargo/Função:

Nº Operação:

Nº Intervenção:

Designação da Intervenção:

Domínio de Capacitação:

Região: Norte  Centro  Alentejo

**Identificação do Prestador de Serviços**

Denominação Social:

NIPC:

**Data:**

**Intervenção de Capacitação Adicional**

**Objetivos da Intervenção de Capacitação Adicional:**

|  |  |
| --- | --- |
| Previstos | Realizados |
|  |  |
| Desvios face aos objetivos iniciais? Se sim, por favor, especificar e justificar: | |

**Ações de Capacitação realizadas no âmbito da Intervenção de Capacitação Adicional:**

|  |
| --- |
| Formação  Consultoria  Mentoria  (selecionar as opções adequadas) |

N.º de Ações de Formação: \_\_\_ *(abrir N.º de Tabelas indicado)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formação** | **Previsto** | **Realizado** |
| Designação da Ação de formação: |  |  |
| Quando:  (mês de início-mês de fim) |  |  |
| Duração:  (N.º de horas) |  |  |
| Prestador de Serviço da Formação Certificado  (Denominação/NIPC) |  |  |
| Periodicidade:  (Diária/semanal/mensal) |  |  |
| Colaboradores envolvidos (nome e função) |  |  |
| Local: |  |  |
| Desvios face aos objetivos iniciais? Se sim, por favor, especificar e justificar: | | |

*Nota: Obrigatório anexar os certificados de formação certificada.*

N.º de Ações de Consultoria: \_\_\_ *(abrir N.º de Tabelas indicado)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Consultoria** | **Previsto** | **Realizado** |
| Designação da Ação de Consultoria |  |  |
| Quando:  (mês de início-mês de fim) |  |  |
| Duração:  (N.º de horas) |  |  |
| Prestador de Serviço  (Denominação/NIPC) |  |  |
| Periodicidade:  (Diária/semanal/mensal) |  |  |
| Colaboradores envolvidos (nome e função) |  |  |
| Local: |  |  |
| Desvios face aos objetivos iniciais? Se sim, por favor, especificar e justificar: | | |

N.º de Ações de Mentoria: \_\_\_ *(abrir N.º de Tabelas indicado)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mentoria** | **Previsto** | **Realizado** |
| Designação da Ação de Mentoria |  |  |
| Quando:  (mês de início-mês de fim) |  |  |
| Duração:  (N.º de horas) |  |  |
| Prestador de Serviço  (Denominação/NIPC) |  |  |
| Periodicidade:  (Diária/semanal/mensal) |  |  |
| Colaboradores envolvidos (nome e função) |  |  |
| Local: |  |  |
| Desvios face aos objetivos iniciais? Se sim, por favor, especificar e justificar: | | |

**Produtos tangíveis desenvolvidos:**

*(deve corresponder ao produto tangível(eis) contratualizado(s) com a Autoridade de Gestão)*

|  |
| --- |
|  |

Desvios face aos objetivos iniciais? Se sim, por favor, especificar e justificar:

|  |
| --- |
|  |

**Autoavaliação dos produtos tangíveis:**

1. Adequabilidade (qualidade intrínseca dos conteúdos e recursos integrados no(s) produto(s). Em que medida o(s) produto(s) permite(m) dar resposta à lacuna de competências IIES e consequente necessidade de capacitação identificada)

|  |
| --- |
|  |

1. Utilidade (o(s) produto(s) são ajustado(s) à realidade particular da IIES e incorporam as suas especificidades, com ganhos percebidos pela IIES, demonstráveis em termos de reconhecimento de valor organizacional e de aplicação das competências adquiridas. Indicadores quantitativos, nomeadamente vantagens competitivas adquiridas ou mais-valias face a situação de partida, podem ser evidenciados)

|  |
| --- |
|  |

1. Envolvimento (grau de envolvimento da IIES, destinatária do(s) produto(s), na sua conceção e desenvolvimento, e em que medida a cocriação do(s) mesmo(s) contribui para a capacitação e para a participação acrescida dos colaboradores no contexto da IIES)

|  |
| --- |
|  |

1. Transferibilidade (grau, facilidade e rapidez na transferência e incorporação do(s) produto(s), ao nível da IIES, nas suas praticas correntes ao longo do tempo. O(s) produto(s) são suscetíveis de aplicação, utilização e/ou replicação subsequentes, inclusive em contextos diversificados)

|  |
| --- |
|  |

1. Autonomia (facilidade e grau de independência dos utilizadores IIES relativamente à exploração e utilização dos conteúdos e recursos que integram o(s) produto(s), inclusive após a intervenção de capacitação)

|  |
| --- |
|  |

**Balanço do contributo da Intervenção para a geração de impacto social da IIES:**

|  |
| --- |
|  |

**Lições aprendidas:**

|  |
| --- |
|  |

**Dificuldades sentidas:**

|  |
| --- |
|  |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Recomendações sobre objetivos a atingir e ações a implementar no futuro próximo:

|  |
| --- |
|  |

Citação do prestador de serviços sobre o trabalho realizado:

|  |
| --- |
|  |

Autorizo expressamente que o conteúdo constante do campo “Citação do prestador de serviços sobre o trabalho realizado” do presente documento seja utilizado em publicações e materiais de comunicação da Portugal Inovação Social. Sim  Não

**ENTIDADE BENEFICIÁRIA**

Descrição das próximas atividades e objetivos a atingir no médio / longo prazo:

|  |
| --- |
|  |

Citação da Entidade Beneficiária sobre o trabalho realizado:

|  |
| --- |
|  |

Autorizo expressamente que o conteúdo constante do campo “Citação da Entidade Beneficiária sobre o trabalho realizado” do presente documento seja utilizado em publicações e materiais de comunicação da Portugal Inovação Social. Sim  Não

**Local: Data:**

|  |  |
| --- | --- |
| (assinatura) | (assinatura) |
| (Nome Sobrenome / Função)  (Entidade Beneficiária) | (Nome Sobrenome / Representante legal)  (Prestador de Serviços) |

**BOAS PRÁTICAS (Facultativo)**

Considera que a Intervenção de Capacitação Adicional é adequada para ser partilhada com outras entidades como uma Boa Prática? Concordo  Não concordo  Não sei

**Caso concorde, responda, por favor, às perguntas seguintes:**

Título proposto para a Boa Prática

|  |
| --- |
|  |

Que necessidade foi colmatada e como?

|  |
| --- |
|  |

Quais são os principais benefícios da implementação da Boa Prática? Esses benefícios serão duradouros no tempo? Porquê?

|  |
| --- |
|  |

Como poderá a presente Boa Prática ser replicada por outros atores da Economia Social?

|  |
| --- |
|  |

Informações e comentários adicionais:

|  |
| --- |
|  |

Autorizo que o conteúdo constante da seção “Boas Práticas” do presente documento seja utilizado em publicações e materiais de comunicação da Portugal Inovação Social: Sim  Não

**Local: Data:**

|  |  |
| --- | --- |
| (assinatura) | (assinatura) |
| (Nome Sobrenome / Função)  (Entidade Beneficiária) | (Nome Sobrenome / Representante legal)  (Prestador de Serviços) |