



Azione di Sistema
Welfare to Work
Per le politiche di re-impiego

CARTA INTESTATA O TIMBRO DELL'AZIENDA

ALLEGATO 11

PROGETTO FORMATIVO

Nominativo del lavoratore _____
Nat_ a _____ (Prov. _____) il _____
residente in _____ (Prov. _____)
Via/Piazza _____ n° _____
Cod. Fiscale _____

Condizione iniziale (*barrare la casella*):

- percettore di indennità/sussidio
 non percettore di indennità/sussidio

(*barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap*) SI NO

Azienda ospitante _____

Sede/i Azienda _____

Sede della formazione _____

Orario della formazione (*indicare l'orario giornaliero di formazione e i giorni di formazione settimanali*): _____

Data di Inizio della formazione: _____ data Fine della formazione: _____

Tutor aziendale in affiancamento alla persona assunta:

Nome e Cognome: _____

Ruolo in azienda: _____

Assessorato alle Politiche e Servizi per il Lavoro

Progetto Formativo

TIPO DOCUMENTO : *Modulistica*

VER.: *n. 1 del 15.06.2011*

APPROVATO CON: *Det. A.L. n. 138 del 15.06.2011*

AREA: *Lavoro*

DIRIGENTE: *Dr. Mariano Cabua*

SETTORE: *Lavoro*

RESPONSABILE *Dr.ssa Lorena Cordeddu*

SERVIZIO: *Politiche per il Lavoro*

SEDE: *via Carlo Felice, 201 - 09025 Santuri (VS)*

TEL.: *070 9356200*

FAX.: *070 9371089*

REDATTO DA: *Maria Grazia Lasi*

C.F. *92121560921*

P.I.: *02981030923*

E-MAIL *lavoro@provincia.mediocampidano.it*

Requisiti in possesso del destinatario del progetto (breve descrizione del profilo in termini di titolo di studio, eventuale formazione professionale, esperienze lavorative precedenti etc.):

Finalità del progetto:

Attività del destinatario previste dall'azione di adattamento delle competenze:

Modalità attuative dell'intervento di adattamento (*affiancamento, partecipazione a corsi di formazione, articolazione dell'attività di verifica/monitoraggio svolta dal tutor, etc.*):

Competenze specifiche da sviluppare con il progetto:

DI BASE

TECNICO-PROFESSIONALI

TRASVERSALI/RELAZIONALI

_____, li _____

Firma per presa visione ed
accettazione del destinatario

Firma Tutor aziendale

Firma Operatore C.S.L.

Per l'Azienda (timbro e firma)
