

 Unione Europea Fondo Sociale Europeo	 Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali Direzione Generale per le Politiche per l'Orientamento e la Formazione Direzione Generale degli ammortizzatori Sociali e Incentivi per l'occupazione	 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA Assessorato del lavoro, formazione professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale	 PROVINCIA DI CARBONIA IGLESIAS Settore servizi per il lavoro e la formazione professionale	
--	---	---	--	---

PROGETTO FORMATIVO

(rif. Programma Welfare to Work – Adesione soggetto)

Nominativo del lavoratore..... nato ail
 residente in Via..... n..... codice fiscale

Attuale condizione (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)

Inizio della formazione (gg/mm/aaaa):

Fine della formazione (gg/mm/aaaa):

Tutor aziendale in affiancamento alla persona assunta:

Nome e Cognome:.....

Ruolo in azienda:

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

Finalità del progetto:

 Unione Europea Fondo Sociale Europeo	 Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali Direzione Generale per le Politiche per l'Orientamento e la Formazione Direzione Generale degli ammortizzatori Sociali e Incentivi per l'occupazione	 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA Assessorato del lavoro, formazione professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale	 PROVINCIA DI CARBONIA IGLESIAS Settore servizi per il lavoro e la formazione professionale	
--	---	--	--	---

.....

.....

.....

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 CPI

Per l'azienda (timbro e firma)
