

**All. 10**

## Modello - PROGETTO FORMATIVO

Soggetto Accreditato Proponente:

\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ C.F. e P.I.  
\_\_\_\_\_, rappresentata da \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_.

e

Ente Formativo Accreditato:

\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ C.F. e P.I. \_\_\_\_\_,  
rappresentata da \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_.

Lavoratore percettore di ammortizzatori sociali nel periodo 2010/2012:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
(prov.\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ domiciliato in (indicare se differente da residenza)  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ titolo di  
studio: \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_

### Caratteristiche del Percorso Formativo (massimo tre cartelle)

Titolo del Percorso Formativo \_\_\_\_\_

- Descrizione delle Competenze richieste dall'Impresa

[illegible]

- Descrizione sintetica delle Competenze in entrata del Lavoratore

- Contenuti del Piano formativo

- Descrizione sintetica della metodologia impiegata

- Descrizione sintetica delle Competenze in uscita del Lavoratore

- Descrizione sintetica del controllo delle competenze acquisite

--

Durata del percorso formativo n. \_\_\_\_ ore

Realizzato in n. \_\_\_\_ giorni

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Firma del rappresentante legale Soggetto Accreditato Proponente \_\_\_\_\_

Firma del rappresentante legale del Ente Formativo Accreditato \_\_\_\_\_

Firma del Lavoratore \_\_\_\_\_