Modello 10

All. 10) alla Determinazione n. 3237 del 19.12.2014

Il Dirigente ad interim

Arch. Giovanni Milia

|  |  |
| --- | --- |
|  | **AZIONE "INCENTIVI AL REIMPIEGO. ART. 29 L.R. 20/2005"**  **PROGETTO FORMATIVO**  Cognome e nome del lavoratore….................................................................nato a....................................  il ................................ residente in .......................................Via…………………………............n...........  codice fiscale ...............................................................................................................................................  appartenente alla sottoindicata categoria (barrare la categoria di appartenenza del lavoratore):  О lavoratori/trici in CIGS anche in deroga  О lavoratori/trici in mobilità anche in deroga  О lavoratori/trici in contratto di solidarietà  О lavoratori/trici iscritti/e da almeno 12 mesi all'anagrafe del Centro dei Servizi del Lavoro di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[1]](#footnote-1), in possesso dello status di disoccupazione di cui al D.Lgs n. 181/2000 e successive modificazioni ed integrazioni  (*barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap*) si  no   **Azienda ospitante**…….……………..……..............................................................................................  Sede legale in ...........................................Via/piazza.............................................Città............................  Sede operativa……………………............Via/piazza.............................................Città............................  **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, ecc.)* ........................................................................................................................................................  ……………………......................................................................................................................................  ……………………...................................................................................................................................... **Finalità del progetto** ...................................................................................................................  ……………………......................................................................................................................................  ……………………................................................................................................................................................................................................................... |

**Attività del destinatario** prevista 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, ecc.):*

……………………..........................................................................................................................

……………………...........................................................................................................................……………………..........................................................................................................................

**Competenze specifiche** da sviluppare con il progetto:

**di base**.................................................................................................................................................……………………..........................................................................................................................

…………………….............................................................................................................................**tecnico-professionali** ……………………..........................................................................................................................

……………………...........................................................................................................................

**trasversali/relazionali** ……………………..........................................................................................................................

……………………...........................................................................................................................

Firma per presa visione ed accettazione del destinatario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma tutor aziendale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data ………………….

**(Timbro e Firma del dichiarante)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Indicare il CSL della Provincia di Sassari dove risulta iscritto da almeno 12 mesi. [↑](#footnote-ref-1)