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)