

Allegato 2

SCHEMA DI DETTAGLIO DEL PERCORSO FORMATIVO

Avviso pubblico per la concessione di voucher formativi individuali rivolti a professionisti over 40
(scadenza) approvato con DD _____ del _____

1. SOGGETTO RICHIEDENTE

Nome: Cognome:

Professione attuale:

Eventuali esperienze professionali precedenti:

Altro ritenuto significativo (eventuali iniziative formative/culturali ritenute significative, eventuale iscrizione ad albi, pubblicazioni...):

2. DATI DEL PERCORSO FORMATIVO

Denominazione del percorso formativo:

Tipologia di percorso (es. corso di aggiornamento, corso di qualifica, etc.):

Durata del percorso in ore:

di cui di eventuale stage:

di cui di eventuale FAD:

Attestazione finale rilasciata:

attestato di frequenza attestato di qualifica master I livello master II livello altro
(specificare)

Costo orario attività (costo attività formativa iva esclusa/numero ore del corso): _____

(in caso di master/ultimo anno scuole di specializzazione, non occorre compilare questa voce)

Soggetto erogatore dell'attività formativa (indicare denominazione e indirizzo):

Denominazione: _____

Via/Viale/P.zza: n. civico: _____

Città: _____ CAP: _____

Telefono: _____ e mail: _____

Sede/i di svolgimento del corso (indirizzo)

Via/Viale/P.zza: n. civico: _____

Città: _____ CAP: _____

Telefono: _____ E mail: _____

Pec _____

Referente da contattare :Nome _____ cognome _____

tel. _____ e mail _____

Indicare a quale tipologia appartiene l'ente erogatore:

Organismo formativo accreditato dalla Regione Toscana ai sensi della DGR 968/2007 e s.m.i

Organismo formativo accreditato da altra Regione - *indicare quale* _____

Motivare la scelta di organismo formativo accreditato da altra Regione:

Ordine professionale

Collegio professionale

Associazione professionale inserita nell'elenco di cui alla legge 4/2013

Associazione professionale inserita nell'elenco di cui alla L.R. 73/2008

Soggetto erogante percorso formativo accreditato dall'ordine/collegio/associazione

(indicare ordine/collegio/associazione) _____

Provider accreditato ECM (Educazione continua in Medicina)

Università/Scuola di alta formazione italiana in possesso del riconoscimento del MIUR che la abilita al rilascio del titolo di master o corso di specializzazione

Università pubblica di altro Stato estero/riconosciuta da autorità competente dello Stato estero

Scuola/istituto di alta formazione di altro Stato estero, pubblico o riconosciuto da autorità competente dello Stato estero e da questa abilitato per il rilascio del titolo di master

3. CARATTERISTICHE DEL PERCORSO FORMATIVO

Contenuti del percorso (*indicare i contenuti del percorso formativo, le conoscenze e capacità che si acquisiscono a conclusione del percorso formativo*)

Articolazione didattica (*descrivere l'articolazione didattica del percorso in UF/moduli formativi*)

Metodologie (*descrivere le metodologie utilizzate per l'erogazione del corso, es. aula formazione collettiva, aula formazione individuale, formazione a distanza-FAD, etc.; le verifiche di apprendimento; evidenziare la coerenza/adeguatezza rispetto alla tipologia di percorso*)

Materiali e attrezzature previsti per il percorso (*indicare i materiali didattici individuali e collettivi e le attrezzature previste ed evidenziare la coerenza/adeguatezza rispetto alla tipologia di percorso*)

4. COERENZA DEL PERCORSO

Coerenza fra il percorso formativo e la propria professione:

Motivazioni alla base della scelta del percorso formativo:

Prospettive e aspettative del/la richiedente rispetto al percorso formativo:

SOTTOSCRIZIONE SCHEDA

ai sensi del DPR 445/00

Il sottoscritto _____ soggetto richiedente il voucher, nato a
_____ il _____ residente a _____
via/viale/p.zza _____ C.F. _____ e P.I. _____

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del DPR 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che le informazioni fornite nella presente scheda corrispondono a verità.

Data,

FIRMA
