



Città:	CAP:
Telefono:	Email:
<u>Sede/i di svolgimento del corso (indirizzo)</u>	
Via/Viale/P.zza:	n. civico:
Città:	CAP:
Telefono:	Email:
<i>Indicare a quale tipologia appartiene l'ente erogatore:</i>	
<input type="checkbox"/> Organismo formativo accreditato dalla Regione Toscana ai sensi della DGR 968/2007 e s.m.i <input type="checkbox"/> Organismo formativo accreditato da altra Regione - <i>indicare quale</i> _____ Motivare la scelta di organismo formativo accreditato da altra Regione: _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> Ordine professionale <input type="checkbox"/> Collegio professionale <input type="checkbox"/> Associazione professionale inserita nell'elenco di cui alla legge 4/2013 <input type="checkbox"/> Associazione professionale riconosciuta ai sensi della L.R. 73/2008 <input type="checkbox"/> Soggetto erogante percorso formativo accreditato dall'ordine/collegio/associazione <i>(indicare ordine/collegio/associazione)</i> _____ <input type="checkbox"/> Provider accreditato ECM (Educazione continua in Medicina) <input type="checkbox"/> Università/Scuola di alta formazione italiana in possesso del riconoscimento del MIUR che la abilita al rilascio del titolo di master <input type="checkbox"/> Università pubblica di altro Stato comunitario/riconosciuta da autorità competente dello Stato comunitario <input type="checkbox"/> Scuola/istituto di alta formazione di altro Stato comunitario, pubblico o riconosciuto da autorità competente dello Stato comunitario e da questa abilitato per il rilascio del titolo di master	

### 3. CARATTERISTICHE DEL PERCORSO FORMATIVO

Contenuti del percorso <i>(indicare i contenuti del percorso formativo, le conoscenze e capacità che si acquisiscono a conclusione del percorso formativo)</i>
--

Articolazione didattica <i>(descrivere l'articolazione didattica del percorso in UF/moduli formativi)</i>
---

Metodologie <i>(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/adequatezza rispetto alla tipologia di percorso)</i>
--

Materiali e attrezzature previsti per il percorso *(indicare i materiali didattici individuali e collettivi e le attrezzature previste ed evidenziare la coerenza/adequatezza 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 \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_

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**

\_\_\_\_\_