

Allegato 2

SCHEDA DI DETTAGLIO DEL PERCORSO FORMATIVO

Alla Regione Toscana
Direzione Istruzione e Formazione
*Programmazione in materia di IeFP, apprendistato,
tirocini, formazione continua, territoriale e
individuale.*
Uffici regionali di Grosseto e Livorno
Via Galilei 40 - 57122 Livorno

(sezione da compilare a cura del richiedente)

POR FSE 2014-2020 – Strategia regionale Industria 4.0. Avviso pubblico per il finanziamento di voucher formativi individuali destinati a imprenditori e liberi professionisti che svolgono attività di tipo intellettuale

1. SOGGETTO RICHIEDENTE

Cognome _____	nome _____
nato a _____	Prov. _____ il _____
residente a _____	Prov. _____ Via _____ n. _____
codice fiscale _____	P.Iva _____
@mail _____	tel/cell _____
@pec _____	
professione _____	

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:.....
Costo del corso
Costo orario del corso
(distinguere l'importo tra costo/h in aula e costo/h in Fad se prevista)

Attestazione finale rilasciata:

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

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: @mail.....

@pec.....

Referente del corso :Nomecognome

Telefono: @mail.....

Indicare a quale tipologia appartiene l'ente erogatore:

Organismo formativo accreditato dalla Regione Toscana ai sensi della DGR 130/2020

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 riconosciuta ai sensi della L.R. 73/2008

Soggetto erogante percorso formativo accreditato/autorizzato 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 e la rispondenza alle finalità di cui all'Art 4.1 c)

Articolazione didattica (*indicare 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/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:

SOTTOSCRIZIONE SCHEDA

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
