

Allegato 2

## SCHEDA DI DETTAGLIO DEL PERCORSO FORMATIVO

**Avviso pubblico per la concessione di voucher formativi individuali rivolti ai manager d'azienda**  
(scadenza .....) approvato con DD \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

### 1. SOGGETTO RICHIEDENTE

Nome: Cognome: _____ C.F. _____
recapito telefonico: _____ email: _____
Professione attuale: _____
Impresa di appartenenza:
Ragione sociale: _____
Ubicazione dell'unità produttiva in cui presta la propria attività lavorativa:
via _____ Comune _____ (prov. _____) cap _____
inquadramento contrattuale _____
Eventuali esperienze professionali precedenti:
_____
Altro ritenuto significativo (eventuali iniziative formative/culturali ritenute significative, eventuale iscrizione ad albi, pubblicazioni...):
_____

### 2. DATI DEL PERCORSO FORMATIVO

<b>Denominazione</b> del percorso formativo:
<b>Tipologia di percorso</b> (es. corso di aggiornamento, corso di qualifica, master):

Data di avvio : \_\_\_\_\_ data di fine \_\_\_\_\_

*(si ricorda che ai sensi dell'art. 5 dell'avviso pubblico il percorso deve avere avvio entro i 6 (sei) mesi successivi alla data di presentazione della domanda e concludersi entro 12 mesi dall'avvio stesso)*

**Durata** del percorso in ore:

di cui di eventuale stage:

di cui di eventuale FAD:

**Costo totale del percorso** : € \_\_\_\_\_

**Costo orario** attività (costo attività formativa Iva esclusa/numero ore del corso):

**Attestazione finale rilasciata:**

attestato di frequenza  attestato di qualifica  master I livello  master II livello

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

Denominazione:

Via/Viale/P.zza: : \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

Sede/i di svolgimento del corso (indirizzo)

Via/Viale/P.zza: \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

*Indicare a quale tipologia appartiene l'ente erogatore:*

Organismo formativo accreditato dalla Regione Toscana ai sensi della DGR 1407/16 e ss.mm.ii e della DGR 894/17 e ss.mm.ii

Organismo formativo accreditato da altra Regione - *indicare quale* \_\_\_\_\_

Motivare la scelta di organismo formativo accreditato da altra Regione:

\_\_\_\_\_

Università/Scuola di alta formazione italiana in possesso del riconoscimento del MIUR che la abilita al 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/adequazione 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/adequazione rispetto alla tipologia di percorso*)

### 4. COERENZA DEL PERCORSO (*compilare in modo chiaro ed esauritivo le celle sottostanti*)

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

\_\_\_\_\_