

Allegato C1.**PROGETTO FORMATIVO**

finalizzato all'adattamento delle competenze ed al riposizionamento professionale dei lavoratori svantaggiati inseriti nell'*Azione di Sistema di Welfare to Work Molise*

Nominativo del lavoratore nato il
..... codice fiscale

Attuale condizione (barrare la casella):

percettore di trattamento previdenziale

non percettore di trattamento previdenziale

(barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap)

si no

Azienda

Sede/i Azienda

Obiettivi e modalità dell'azione formativa :

.....
.....
.....
.....
.....

Sede della formazione.....

Periodo della formazione: dal al
per complessive n. ore

Tutor aziendale

Operatore CPI

....., (data)

Firma per l'azienda

Firma per presa visione
ed accettazione del lavoratore

Firma operatore CPI