

(Carta intestata ente promotore -logo R. C. - FSE)

Regione Campania
Settore Orientamento Professionale
CDN Isola A/6
80143 Napoli

WORK EXPERIENCE "G.B. VICO"
D.G.R. N. 1973/2004 - D.D. N. 1/2/2006

(Denominazione progetto) Cod. uff. _____

PIANO FORMATIVO INDIVIDUALE
(rif. Convenzione n. _____ stipulata in data _____)

1. Allievo

<u>Dati anagrafici</u>			
Cognome		Nome	
C.F.			
Nato a	il	Residenza/Domicilio	
Prov.	Via		
Telefono	Fax	E-mail	
Attuale condizione (barrare la casella):			
studente universitario <input type="checkbox"/>			
laureato <input type="checkbox"/>			
disoccupato/in mobilità <input type="checkbox"/>			
inoccupato <input type="checkbox"/>			
Area/Settore/Reparto di inserimento			
Durata work experience n. mesi		dal	al

2. Polizze assicurative

Copertura assicurativa INAIL e a tutela della Responsabilità Civile (specificare) compagnia Dal _____ al _____
--

3. Obiettivi della work experience

Sintesi

4. Programma delle attività di work experience

4.1 Prima fase: FORMAZIONE (Preparazione linguistica e culturale)

4.2 Seconda fase: **Work Experience all'estero**

4.3 Terza fase: **Work Experience in Campania**

4. PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ DI WORK EXPERIENCE

4.1 Prima fase : FORMAZIONE (Preparazione linguistica e culturale)

Tutor didattico

(Nome e cognome)		
Titolo di studio		
Telefono	cell.	E-mail

Modulo culturale

Obiettivo
Contenuti
Metodologia
Strumenti
Verifica
Durata

Modulo linguistico

Obiettivo
Contenuti
Metodologia
Strumenti
Verifica
Certificazione
Durata

Data _____

Legale Rappresentante/Contraente
Ente di Formazione
(*Timbro e Firma*)

Candidato Work experience

4. PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ DI WORK EXPERIENCE

4.2 Seconda fase: Work experience all'estero

Soggetto ospitante

<u>Dati anagrafici</u>			
Ragione sociale			
Sede (indirizzo)			
CAP (Comune)			
Partita IVA			
Telefono		C.F.	E-mail
Fax			
<i>Legale Rappresentante (nome e cognome)</i>			
Sede/i della work experience (stabilimento/reparto/ufficio)			
Settore/Reparto/			
Tempi di accesso ai locali aziendali			

Tutor aziendale

Tutor (nome e cognome)			
Funzione in azienda			
Tel.	Fax	cell.	E-mail

Obiettivi

Sintesi

Mansioni (Riferimento al CCNL)

Definizione

Contenuti

competenze tecniche professionali
competenze trasversali

Modalità di monitoraggio

Strumenti/Frequenza
Dossier

Modalità di valutazione e validazione

Dichiarazione/Certificazione competenze

Data _____

Legale Rappresentante Soggetto ospitante
(Timbro e Firma)

Legale Rappresentante Ente di Formazione
(Timbro e Firma)

Beneficiario Work experience

4. PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ DI WORK EXPERIENCE

4.3 Terza fase: Work experience in Campania

Azienda ospitante

<u>Dati anagrafici</u>			
Ragione sociale			
Sede (indirizzo)			
CAP (Comune)			
Partita IVA		C.F.	
Telefono	Fax	E-mail	
<i>Legale Rappresentante (nome e cognome)</i>			
Sede/i della work experience (stabilimento/reparto/ufficio)			
Settore/Reparto/			
Tempi di accesso ai locali aziendali			

Tutor aziendale

Tutor (nome e cognome)			
Funzione in azienda			
Tel.	Fax	cell.	E-mail

Tutor didattico

(Nome e cognome)			
Titolo di studio			
Telefono	cell.	E-mail	

Obiettivi

Sintesi

Mansioni ((Riferimento al CCNL)

Definizione

Contenuti

competenze tecniche professionali
competenze trasversali

Modalità di monitoraggio

Strumenti/Frequenza
Dossier

Modalità di valutazione e validazione

Dichiarazione/Certificazione competenze

Data _____

Legale Rappresentante Soggetto ospitante
(Timbro e Firma)

Legale Rappresentante Ente di Formazione
(Timbro e Firma)

Beneficiario Work experience
