

Allegato 9

PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE

Relativo alle attività di applicazione pratica in alternanza scuola-lavoro in attuazione della Convenzione tra istituzione formativa e soggetto ospitante _____¹ del ___/___/_____

SEZIONE 1 – SOGGETTO OSPITANTE

Ragione sociale	
Sede legale	
Sede operativa interessata	
Codice fiscale	
Partita IVA	
Telefono	
E-mail o PEC	
Fax	
Codici ATECO attività	
CCNL utilizzato	
Rappresentante legale	
Cognome e Nome	
Codice fiscale	
Tutor aziendale	
Cognome e Nome	
Codice fiscale	
Telefono	
E-mail	
Tipologia contratto	<input type="checkbox"/> dipendente a tempo determinato (scadenza contratto: ___/___/___) ² <input type="checkbox"/> lavoratore parasubordinato/libero professionista (scadenza contratto: ___/___/___) ³ <input type="checkbox"/> dipendente a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> titolare/socio/familiare coadiuvante
Livello di inquadramento o oggetto dell'incarico	
Anni di esperienza	

¹ Inserire il codice attribuito alla convenzione di riferimento, come da indicazioni nel format per la Convenzione.

² La scadenza del contratto deve essere successiva al termine delle attività di applicazione pratica previste nel progetto formativo individuale.

³ Ibidem.

SEZIONE 2 - ISTITUZIONE FORMATIVA

Ragione sociale	
Sede legale	
Sede operativa di frequenza	
Codice fiscale	
Partita IVA	
Telefono	
E-mail	
Fax	
Ente di appartenenza (eventuale)	
Rappresentante legale	
Cognome e Nome	
Codice fiscale	
Tutor formativo (redigente il Progetto formativo individuale)	
Cognome e Nome	
Codice fiscale	
Telefono	
E-mail	
Tipologia contratto	<input type="checkbox"/> dipendente a tempo determinato (scadenza contratto: __/__/__) ⁴ <input type="checkbox"/> lavoratore parasubordinato/libero professionista (scadenza contratto: __/__/__) ⁵ <input type="checkbox"/> dipendente a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> titolare/socio/familiare coadiuvante
Livello di inquadramento o qualifica	
Anni di esperienza	

⁴ La scadenza del contratto deve essere successiva al termine delle attività di applicazione pratica previste nel progetto formativo individuale.

⁵ Ibidem.

SEZIONE 3 – ALLIEVO IN ALTERNANZA SCUOLA LAVORO

Dati Anagrafici

Cognome e Nome	
Codice fiscale	
Cittadinanza	
Numero e scadenza permesso di soggiorno (nel caso di stranieri)	
Luogo e data di nascita	
Residenza	Indirizzo e CAP..... Comune e Provincia.....
Domicilio (se differente dalla residenza)	Indirizzo e CAP..... Comune e Provincia.....
Telefono e Cellulare	
E-mail	

Percorso formativo e annualità

Percorso frequentato
Anno di frequenza all'avvio dell'alternanza	<input type="checkbox"/> Terzo <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Quinto

Garanzie assicurative obbligatorie

INAIL

n. della Posizione Assicurativa Territoriale di riferimento	
---	--

RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Nominativo Compagnia Assicurativa che ha emesso polizza	
Numero identificativo della polizza	

SEZIONE 4 – ATTIVITÀ DI APPLICAZIONE PRATICA IN IMPRESA e COMPETENZE CORRELATE

Competenze in uscita percorso formativo	Area di attività dell'azienda corrispondente alla competenza in uscita del percorso formativo	Attività da realizzare nel percorso di ASL	Competenze oggetto del percorso di ASL	Elementi di competenza da acquisire nel percorso di ASL	Indicatori/evidenze delle competenze/risorse acquisite
				✓ Conoscenze: ... ✓ Abilità: ...	
				✓ Conoscenze: ... ✓ Abilità: ...	
				✓ Conoscenze: ... ✓ Abilità: ...	
				✓ Conoscenze: ... ✓ Abilità: ...	

SEZIONE 5 – DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ ORGANIZZATIVE E OPERATIVE DEI SINGOLI PERIODI DI APPLICAZIONE PRATICA IN IMPRESA

[Replicare il box sottostante per ogni singolo periodo di applicazione pratica presso l'impresa]

Decorrenza	dal __/__/____ al __/__/____
Durata	_____ giorni/mesi
Obiettivi formativi dell'attività di applicazione pratica in impresa⁶	1. 2. 3.
Articolazione del periodo in impresa⁷	
Modalità e strumenti	
Attività specifiche	

SEZIONE 6 – FORMAZIONE IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA⁸

Oggetto modulo informativo/formativo	Obbligo ex d.lgs 81/2008 (sì/no)	Durata (ore)	Periodo erogazione	Soggetto erogatore (CFP/impresa)
....			dal __/__/____ al __/__/____	
....			dal __/__/____ al __/__/____	
....			dal __/__/____ al __/__/____	

⁶ Sintetizzare gli obiettivi formativi dello specifico periodo di permanenza in impresa e indicare eventuali competenze correlate tra quelle riportate nella precedente sezione 4.

⁷ Indicare l'articolazione (giornaliera/settimanale) prevista secondo cui si realizza il periodo di alternanza scuola lavoro.

⁸ Compilare secondo quanto stabilito nell'ambito della Convenzione sugli impegni in materia di informazione e formazione per la sicurezza e di sorveglianza sanitaria.

Luogo e data _____

Firma del legale rappresentante dell'istituzione formativa

Firma del soggetto ospitante

Firma dell'allievo in alternanza scuola lavoro
