

REGISTRAZIONE INDIVIDUALE DELLA FORMAZIONE CONTINUA

Nome e Cognome: _____

Codice lavoratore: _____

INTERVENTO FORMATIVO / FORNITORE	DURATA IN ORE / PERIODO	MODALITA' ADOTTATA	
	_____ ore Data _____ _____	<input type="checkbox"/> Aula interna all'azienda <input type="checkbox"/> Aula esterna all'azienda <input type="checkbox"/> On the job <input type="checkbox"/> Affiancamento <input type="checkbox"/> FAD <input type="checkbox"/> Coaching <input type="checkbox"/> Testimonianze <input type="checkbox"/> Convegni, seminari, workshop <input type="checkbox"/> Action Learning	FIRMA LAVORATORE _____ FIRMA REFERENTE AZIENDALE _____
	_____ ore Data _____ _____	<input type="checkbox"/> Aula interna all'azienda <input type="checkbox"/> Aula esterna all'azienda <input type="checkbox"/> On the job <input type="checkbox"/> Affiancamento <input type="checkbox"/> FAD <input type="checkbox"/> Coaching <input type="checkbox"/> Testimonianze <input type="checkbox"/> Convegni, seminari, workshop <input type="checkbox"/> Action Learning	FIRMA LAVORATORE _____ FIRMA REFERENTE AZIENDALE _____
	_____ ore Data _____ _____	<input type="checkbox"/> Aula interna all'azienda <input type="checkbox"/> Aula esterna all'azienda <input type="checkbox"/> On the job <input type="checkbox"/> Affiancamento <input type="checkbox"/> FAD <input type="checkbox"/> Coaching <input type="checkbox"/> Testimonianze <input type="checkbox"/> Convegni, seminari, workshop <input type="checkbox"/> Action Learning	FIRMA LAVORATORE _____ FIRMA REFERENTE AZIENDALE _____
	Totale ore: _____		

La presente scheda individuale di tracciabilità della formazione andrà replicata fino a concorrenza del monte ore formativo individuale.