



**UNIONE EUROPEA**  
 Iniziativa a favore dell'Occupazione Giovanile  
 Fondo Sociale Europeo  
 Investiamo nel tuo futuro



logo dell'ORGANISMO FORMATIVO/ATS

## DICHIARAZIONE DEGLI APPRENDIMENTI

**GARANZIA GIOVANI Misura 2B** .....  
**rilasciata a**

.....  
 (Cognome e nome)

Nato/a a ..... prov. .... il .....

a seguito di percorso formativo .....

assegnato con A.D. n. .... del ..... **BURP** .....

denominazione del capofila dell'ATS ..... con

.....

sede di ..... Via .....

Luogo e data

Firma del responsabile capofila ATS

N \_\_\_\_\_

**Abilità/Capacità e Conoscenze acquisite**

**Conoscenze e abilità/capacità di base e tecnico-professionali**

(riportare esclusivamente le singole capacità/conoscenze acquisite dal soggetto)

*Conoscenze:*

- .....
- .....
- .....

*Abilità/Capacità:*

- .....
- .....
- .....

*Area di Attività a cui sono riferite le Abilità/Capacità e le Conoscenze acquisite dal soggetto:*

- .....
- .....
- .....

**Percorso di acquisizione di abilità/capacità e conoscenze**

Periodo di svolgimento del percorso: dal ..... al.....

Denominazione del percorso formativo: .....

Durata complessiva del percorso formativo  
in ore

\_\_\_\_\_

Percorso effettivamente svolto in ore

Contenuti:

- .....
- .....
- .....

Modalità di verifica dell'apprendimento

- .....
- .....
- .....

**Stage orientativo/visite guidate/simulazioni**

Azienda/e ospitante/i	durata in ore
_____	_____

**Altro (specificare)**

\_\_\_\_\_

**Eventuali annotazioni integrative**

\_\_\_\_\_