



Allegato 3

REGIONE PUGLIA
Sezione Formazione Professionale
Via Corigliano 1 – BARI

Formulario presentazione voucher

Dati richiesti attraverso la procedura telematica

POR Puglia FESR/FSE 2014-2020
“Avviso PASS IMPRESE2020”

1.a SOGGETTO Proponente

Denominazione o Ragione Sociale		
Natura giuridica		
Sede legale		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.		E-mail
PEC		
Rappresentante legale		
Cognome e Nome		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.	cell	E-mail

DESTINATARI	
Voucher richiesti	n.
Tipologia DESTINATARI	
Lavoratore dipendente	n.
Lavoratore autonomo	n.
Libero professionista	n.
Imprenditore	n.
Totale voucher	n.



Voucher individuale

(da riprodurre per ciascun voucher)

1. DATI DESTINATARIO VOUCHER

DATI ANAGRAFICI DEL LAVORATORE/ IMPRENDITORE /LAVORATORE AUTONOMO/LIBERO PROFESSIONISTA – INQUADRAMENTO CONTRATTUALE -PERCETTORE NON PERCETTORE- TITOLO DI STUDIO – ANZIANITÀ – DATA ASSUNZIONE – DATA TERMINE – MATRICOLA AZIENDALE – NUMERO ISCRIZIONE ALBO

1.2 ARTICOLAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO

- *(in termini di contenuti e argomenti trattati- personale docente -metodologie – certificazioni/attestazioni finali - calendario didattico dettagliato- orari attività didattica-);*

1-3 DESCRIZIONE MODALITA' E CRITERI DI INDIVIDUAZIONE E SELEZIONE DELL'OFFERTA formativa

(dovrà essere indicato altresì l'indirizzo puntuale della pagina web del corso individuato)

1-4.DESCRIZIONE DELLA CORRELAZIONE TRA LE MANSIONI/FUNZIONI SVOLTE DAL SOGGETTO DA FORMARE E L'INTERVENTO FORMATIVO PER IL QUALE SI RICHIEDE CANDIDATURA

2. SOGGETTO EROGATORE

Denominazione o Ragione Sociale :		
Natura giuridica :		
Codice fiscale: P.Iva: CODICE ATECO ¹¹		
Certificazioni ¹²		
Sede legale:		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.		E-mail
PEC		
Sede di svolgimento percorso		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.	Sito web	E-mail

¹¹ Attività prevalente

¹² certificazione UNI EN ISO 9001:2015 settore EA 37, rilasciata da un Organismo di Certificazione accreditato, da un organismo aderente a European Accreditation in ambito MLA, certificazione EFMD (European Foundation for Management Development) – accreditamento linguistico



Percorso formativo	
Titolo percorso formativo :	
Totale ore percorso	
Data inizio attività: gg/mm/aaaa	Data termine attività: gg/mm/aaaa
Costo iscrizione (al netto di iva)	
sito web soggetto erogatore	
indirizzo puntuale della pagina WEB del percorso formativo	