**MODULO D**

**Progetti a supporto dei percorsi e/o di contrasto alla dispersione**

**Ciclo formativo 2022/2026**

**Anno formativo …………-………..**

**ID Attività……………………………………**

|  |
| --- |
| **PROGETTO La.R.S.A.P. individuale o di gruppo****Laboratorio attività di recupero sviluppo apprendimenti****per inserimento di apprendisti nel sistema IeFP (III.h.6.04)***(ai sensi dell’art.43 del D.Lgs. 15 giugno 2015, n. 81)* |
| AGENZIA FORMATIVA |  |
| **SEDE OPERATIVA** |  |
| **DENOMINAZIONE IMPRESA/IMPRESE (SPECIFICARE DENOMINAZIONE SEDE E COMUNE)** |  |
| **SEDE EROGAZIONE CORSO (INDICARE INDIRIZZO POSTALE)**  |  |
| DURATA E COSTI  | **n. ore ……………..**  | **Totale costo progetto …………….** |
| **ALLIEVI/E APPRENDISTI** | **n. …………….** |
| **NOMINATIVO/I APPRENDISTA/I INSERITO/I E DENOMINAZIONE IMPRESA/E DI PROVENIENZA**  | **Nome** | **Cognome**  | **Impresa di provenienza**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **RESPONSABILE** **PROGETTO**  | **Nominativo** |  |
| **n° telefono per comunicazioni** |  |
| ***e-mail* per comunicazioni** |  |

|  |
| --- |
| **Scheda 1** **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE***(compilare una scheda per apprendista)*Al Direttore dell’Agenzia formativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_l\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore \* dell’apprendista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ assunto/a con contratto di apprendistato  presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (denominazione impresa e indirizzo sede di lavoro) e iscritto al (1-2-3-4 anno) del percorso di qualifica/diploma professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (denominazione corso) presso l’Agenzia Formativa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DICHIARA fin da oradi dare il proprio assenso/l’assenso alla partecipazione del proprio figlio/a per un totale di ore complessive \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ previste dal La.R.S.A.P. - Laboratorio attività di recupero sviluppo apprendimenti per accompagnamento di apprendisti nel sistema IeFP in modo che possa frequentare con successo il \_\_\_\_\_\_\_\_ anno presso l’Agenzia per l’acquisizione della/del qualifica/diploma.Il sottoscritto si impegna pertanto a frequentare/far frequentare il La.R.S.A.P. al/la proprio/a figlio/a. Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma di un genitore \* (o di chi ne fa le veci) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’apprendista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* Per allievo/a minorenne |

**Scheda 2**

**SCHEDA APPRENDISTA**

*(da replicare per ogni apprendista da inserire nel progetto)*

**Dati anagrafici apprendista da inserire**

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME E NOME** |  |
| **DATA E LUOGO DI NASCITA** |  |
| **RESIDENZA** |  |
| **CODICE FISCALE** |  |
| **TITOLO DI STUDIO** |  |
| **N° TELEFONO** |  |
| **CURRICULUM SCOLASTICO APPRENDISTA** |  |

**Posizionamento dell’apprendista inserito/a**

**Schema descrittivo delle conoscenze/abilità/competenze da recuperare/sviluppare rispetto alle conoscenze/abilità/competenze acquisite/da acquisire in impresa**

|  |
| --- |
| **COMPETENZE/ABILITÀ/CONOSCENZE ESSENZIALI DA RECUPERARE/SVILUPPARE** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**PROGETTO DI DETTAGLIO**

*(se lo stesso progetto è indirizzato a più apprendisti compilare un’unica scheda)*

**Elaborazione del progetto di recupero/approfondimento con indicazione di competenze, abilità e conoscenze essenziali da recuperare/sviluppare con l’indicazione del relativo numero di ore.**

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPETENZE/ABILITÀ/CONOSCENZE ESSENZIALI DA RECUPERARE/SVILUPPARE** | **N° ORE**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **TOTALE**  |  |

Da compilarsi in **coprogettazione** con il tutor aziendale

Per presa visione

 Firma del coordinatore formativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del tutor aziendale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_