**MODULO E**

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

**Ciclo formativo 2024/2028**

**Anno formativo …………-………..**

**ID Attività** …………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROGETTO A.A.P. individuale**  **Attività di Accompagnamento all’Apprendistato (III.h.6.05)**  *(ai sensi dell’art.43 del D.Lgs. 15 giugno 2015, n. 81)* | | | | |
| AGENZIA FORMATIVA |  | | | |
| **SEDE OPERATIVA** |  | | | |
| **DENOMINAZIONE IMPRESA (SPECIFICARE DENOMINAZIONE, SEDE E COMUNE)** |  | | | |
| **SEDE EROGAZIONE CORSO (INDICARE INDIRIZZO POSTALE)** |  | | | |
| DURATA E COSTO | **n. ore ……**  **di cui n. ore ..…. in *back-office*** | | **totale costo progetto**  **………………………...…………….** | |
| **NOMINATIVO ALLIEVO/A E DENOMINAZIONE IMPRESA** | **Nome** | **Cognome** | | **Impresa** |
|  |  | |  |
| **RESPONSABILE**  **PROGETTO** | **Nominativo** |  | | |
| **n° telefono per comunicazioni** |  | | |
| ***e-mail* per**  **comunicazioni** |  | | |

|  |
| --- |
| **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE al Progetto A.A.P.**  Al Direttore dell’Agenzia formativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_l\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore\*  dell’allievo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per cui è prevista l’assunzione con contratto di  apprendistato presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (denominazione impresa e indirizzo sede di lavoro)  e frequentante il (1-2-3-4 anno) del percorso di qualifica/diploma professionale  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (denominazione corso)  presso l’Agenzia Formativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DICHIARA fin da ora  di dare il proprio assenso/l’assenso alla partecipazione del proprio figlio/a per un totale di ore complessive \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ previste dal Progetto A.A.P. - Attività di accompagnamento finalizzate alla prosecuzione del percorso per l’acquisizione della/del qualifica/diploma.  Il sottoscritto si impegna pertanto a frequentare/far frequentare il Progetto A.A.P. al/la proprio/a figlio/a.  Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma di un genitore \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (o di chi ne fa le veci)  Firma dell’allievo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \* Per allievo/a minorenne |

**SCHEDA ALLIEVO/A**

**Dati anagrafici allievo/a da inserire**

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

**Posizionamento dell’allievo/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**

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_