



Logo Organismo di
Formazione

REGIONE ABRUZZO

**FORMAZIONE DI BASE E TRASVERSALE IN APPRENDISTATO PROFESSIONALIZZANTE
ART.44 D. Lgs. 81/2015**

ATTESTAZIONE ALL'IMPRESA DELLA FREQUENZA ALL'ATTIVITA' FORMATIVA EROGATA

Il/La sottoscritto/a _____
in qualità di _____
dell'Organismo di Formazione _____
con sede legale in _____ CAP _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ Tel. _____
E-mail _____

ATTESTA

che il/la sig./ra _____
nato/a a _____ il _____
dipendente assunto/a con contratto di apprendistato professionalizzante _____
ai sensi dell'art. 44 D.Lgs. 81/2015 (*specificare se si tratta di apprendistato professionalizzante stagionale)
in data _____ con Qualifica contrattuale _____
CCNL applicato _____
dall'Azienda _____
Con sede legale in _____ Via _____ Prov. _____
Formazione realizzata dal _____ al _____
Modulo formativo/UF _____ Ore totali previste _____ Ore frequentate _____

MODULO N_____ COMPOSTO DALLE UNITA' FORMATIVE DI SEGUITO RIPORTATE			
UNITA' FORMATIVE	COMPETENZA*	ORE TOTALI	ORE FREQUENTATE
UF n.			
UF n.			
UF n.			

* Da compilare riportando integralmente la denominazione delle competenze, relative alle unità formative di riferimento, così come indicate nella Tabella A Unità Formative allegata all'avviso

per l'annualità _____ dell'offerta formativa pubblica per l'acquisizione delle competenze di base e trasversali in apprendistato professionalizzante, con finanziamento a domanda individuale.

Determinazione Dirigenziale finanziamento assegno apprendistato n. _____

Edizione n. _____

(luogo e data del rilascio)

Il Soggetto attuatore
(Timbro e firma)