

SCELTA CORSO DI FORMAZIONE PROGRAMMA GOL

ENTE ACCREDITATO

OPERATORE REFERENTE DEL PROGETTO

DATI ANAGRAFICI UTENTE

Nome	Cognome
Codice fiscale	
Percorso GOL	
Tipologia beneficiario (Indicare Naspi, Dis-Coll, ADI, SFL, altro)	

FORMAZIONE

Corso di Formazione

ENTE:

TITOLO CORSO: Mindset e soft skills per l'aggiornamento professionale

DURATA COMPLESSIVA IN ORE: 8 - **MODALITÀ DI EROGAZIONE:** FAD

Tipologia di attestato rilasciato: Attestazione di messa in trasparenza degli apprendimenti ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 16 gennaio 2013, n. 13.

Note

[Large empty box for notes]

I dati verranno trattati nel rispetto del regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ss.mm.ii. in materia di protezione dei dati personali, come dettagliato nell'informativa disponibile al seguente link: <https://www.regione.lazio.it/enti/lavoro/servizi-lavoro/enti-convenzionati-presa-in-carico>.

Letto, firmato e sottoscritto.

Data

Firma _____

Firma Operatore Referente del progetto _____