REGIONE LAZIO	Questionario di valutazione dell'attività formativa Annualità _____	Inserire Logo dell'organismo di formazione

Rilevazione della qualità percepita inerente l'attività formativa finanziata.

questionario a cura dell'Ente

ANAGRAFICA ENTE

Denominazione Ente:

_____

Codice Fiscale/Partita IVA:

|__|__|__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|__|__|__|

Sede legale:

Via _____

CAP |__|__|__|__|__| Città _____ Provincia|__|__|

Sede dell'intervento:

Via _____

CAP |__|__|__|__|__| Città _____ Provincia|__|__|

Contatti referente intervento:

mail: _____

telefono**: _____**

L'Ente ha rapporti con il sistema scolastico?

|__| SI |__| NO

REGIONE LAZIO	Questionario di valutazione dell'attività formativa Annualità _____	Inserire Logo dell'organismo di formazione

DATI INTERVENTO

Fonte di Finanziamento:

|__| FSE |__|Fondo nazionale |__| Fondo regionale |__| Altro

Tipologia: |__|Apprendistato |__| IeFP |__| Formazione Continua |__|Altro

Autorizzato da: |__| Regione |__| Città Metropolitana di Roma Capitale

|__|__| Provincia |__| Amministrazioni centrali |__| Altro

Codice Progetto:

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Codice Azione/intervento/corso:

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Titolo intervento formativo:

_____

Altre caratteristiche del corso/intervento:

__|post qualifica |__| post diploma

percorso con modalità duale: |__| SI |__| NO

Se Duale, dove si svolge l'intervento/corso? |__| in Aula |__| con le modalità dell'Apprendistato?

Target intervento/corso:

|__| nessun target specifico |__| disoccupati/mobilità/CIG |__| soggetti con disabilità

|__| altre categorie svantaggiate (immigrati, tossicodipendenti, detenuti, ecc.)

|__| Neet (15/17anni + 364 giorni) |__| Neet (18/25 anni)

|__| diritto/dovere (IeFP 14/18 anni)

altro (specificare)_____

Titolo rilasciato: ❑ Attestato di frequenza ❑ Idoneità all'annualità successiva

❑ Rilascio crediti formativi ❑ Certificazione competenze ❑ Qualifica professionale

❑ Specializzazione ❑ Diploma ❑ Nessuna Certificazione

In caso di "Qualifica professionale", specificare codice da:

REGIONE LAZIO	Questionario di valutazione dell'attività formativa Annualità _____	Inserire Logo dell'organismo di formazione

All. 1 (IFP) |_____| o All. 2 (Repertorio) |_____|

Durata intervento formativo (in ore per singolo intervento/corso) |__|__|__|__|

Data inizio attività intervento/corso |__|__|__|__|__|__|

Data fine attività intervento/corso |__|__|__|__|__|__|

Numero totale allievi:

ammessi agli anni successivi: |__|__| M |__|__| F

ottengono una qualifica: |__|__| M |__|__| F

L'intervento formativo prevede le seguenti attività:

Attività di laboratorio: |__| SI |__| NO

Formazione a distanza: |__| SI |__| NO

Rapporto con le imprese (tirocini/stage, visite aziendali): |__| SI |__| NO

Alternanza scuola/lavoro: |__| SI |__| NO

Apprendistato: |__| SI |__| NO