

CUP _____

COMUNICAZIONE AVVIO ATTIVITÀ

formative

tirocinio curriculare

Corso codice _____ **Ed. N.** _____

(da inviare almeno 5 gg. prima dell'avvio delle attività d'aula e 5 gg prima dell'avvio dell'attività di tirocinio curriculare)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
in _____ qualità _____ di _____ legale _____ rappresentante _____ dell'Organismo _____ di
formazione _____ selezionato per l'erogazione della formazione nell'ambito
del PAR GOL Umbria comunica che il corso/tirocinio curriculare in oggetto:

- prenderà avvio in data ___/___/___
- presso la sede _____ (in caso di tirocinio curriculare indicare anche denominazione e PIVA dell'impresa ospitante)

e a tale fine allega:

- l'elenco degli allievi, con indicazione del Nome e Cognome, Codice Fiscale, APL/CPI di riferimento
- il calendario di svolgimento delle attività
- eventuale richiesta di FAD sincrona in misura differente rispetto al progetto originariamente presentato e comunque non superiore al 50% del monte ore complessivo come stabilito con DD 1521 del 31/07/24

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante
Organismo di formazione
