

SKILL GAP ANALYSIS – FASE 2

ALLEGATO I

Cod. CUP: _____

Soggetto realizzatore (CPI/APL): _____

Nome e Cognome Beneficiario: _____

Codice Fiscale: _____

N. identificativo dell'Assegno/Patto di servizio personalizzato _____ del _____

Percorso 2 ☐ Percorso 3 ☐ Percorso 4 ☐

area formativa nell'ambito della quale deve essere attivato il percorso ¹	ADA da aggiornare/acquisire ²	percorso formativo del catalogo GOL/agenzia formativa ³

Luogo e data _____

Firma beneficiario

Firma operatore

¹ Inserire l'area formativa così come individuata nella SGA fase 1

² Fare riferimento all'*Atlante del lavoro e delle qualificazioni*

³ Indicare il titolo del percorso formativo che il beneficiario deve frequentare, il suo codice e la ragione sociale dell'organismo formativo