

|  |  |
| --- | --- |
| **PATTO FORMATIVO CON IL BENEFICIARIO DEL PROGRAMMA GOL** | |
| DENOMINAZIONE ORGANISMO FORMATIVO (ODF) |  |
| CITTA' SEDE LEGALE |  |
| INDIRIZZO SEDE LEGALE |  |
|  |  |
| COGNOME E NOME OPERATORE\* |  |
| \* Operatore dell’Organismo di Formazione (ODF) che ha redatto e sottoscritto il patto formativo. | |
|  |  |
| COGNOME E NOME DEL BENEFICIARIO |  |
| CODICE FISCALE DEL BENEFICIARIO |  |
| INDIRIZZO MAIL DEL BENEFICIARIO |  |
| ALTRI RECAPITI DEL BENEFICIARIO |  |
| ID PERCORSO FORMATIVO ASSOCIATO |  |
| CODICE GOL PERCORSO FORMATIVO |  |
| DENOMINAZIONE PERCORSO FORMATIVO |  |
| CENTRO PER L'IMPIEGO COMPETENTE\*\* |  |
| \*\* Centro per l'Impiego che ha effettuato l'associazione del Beneficiario al percorso formativo | |
|  |  |
| IL BENEFICIARIO E' STATO CONTATTATO DALL'AGENZIA FORMATIVA AI SUINDICATI RECAPITI A SEGUITO DELL'ASSOCIAZIONE EFFETTUATA DAL CENTRO PER L'IMPIEGO ED E' RISULTATO: | |
| Reperibile\*\*\*\* | Irreperibile\*\*\* |
| \*\*\* Nei casi di irreperibilità del Beneficiario le sezioni successive non devono essere compilate ed il presente documento sottoscritto dall'operatore dell'Agenzia formativa deve essere trasmesso al Centro per l'Impiego competente | |
| \*\*\*\* Mediante la sottoscrizione del presente documento il Beneficiario (reperibile) dichiara di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali da parte dell'Agenzia formativa e di autorizzare la stessa Agenzia formativa al trattamento dei propri dati per i fini ivi indicati.  Il Beneficiario dichiara di essere: | |
|  |  |
| Il Beneficiario: | |
|  POSSIEDE i requisiti di accesso al livello EQF del percorso formativo |  NON POSSIEDE i requisiti di accesso al livello EQF del percorso formativo |
|  |  |
| Il Beneficiario (reperibile): (scegliere una delle tre opzioni) | |
| dichiara di essere MOTIVATO alla partecipazione al percorso formativo associato ed in possesso dei requisiti di accesso previsti, impegnandosi con la sottoscrizione del presente documento a portare a conclusione lo stesso\*\*\*\*\* | |
|  dichiara di essere IMPOSSIBILITATO a partecipare al percorso formativo associato per sopraggiunti motivi di esonero/esclusione previsti dalla normativa vigente (DL 4/2019 convertito con la legge 26/2019)\*\*\*\*\* | |
| Descrizione di eventuali motivi sopraggiunti di esonero/esclusione (DL 4/2019 convertito con la legge 26/2019) | |
| RIFIUTA la partecipazione al percorso formativo associato, pur se in possesso di tutti i requisiti richiesti. In tal caso, con la sottoscrizione del presente documento il Beneficiario dichiara di rifiutare la politica attiva per i motivi di seguito eventualmente indicati, consapevole che il Centro per l'impiego competente effettuerà la comunicazione all'Inps per le relative condizionalità (sanzioni) e, in ogni caso, la cancellazione per rifiuto della politica attiva.\*\*\*\*\* | |
| Descrizione dei motivi che hanno indotto il Beneficiario a decidere di rifiutare la politica attiva. | |
|  |  |
|  |  |
| **\*\*\*\*\* INFORMAZIONI DI DETTAGLIO SUL PERCORSO FORMATIVO** | |
| DURATA IN ORE DEL PERCORSO FORMATIVO |  |
| ORE AULA |  |
| ORE LABORATORIO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Nome e cognome  (firma beneficiario) | Operatore dell’Organismo di Formazione (ODF)  (Firma operatore) |