

**ALLEGATO A.8.b**

**ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE  
CON IL RICONOSCIMENTO DI ABILITÀ E CONOSCENZE**

RILASCIATO AI SENSI DEL DDUO RL N. 12453 DEL 20/12/2012

N° Progressivo attestato \_\_\_\_\_

Rilasciato a \_\_\_\_\_  
(Cognome Nome)

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
(gg/mm/aa) (luogo di nascita)

Codice fiscale \_\_\_\_\_

per la partecipazione al percorso \_\_\_\_\_  
(titolo del corso)

ID \_\_\_\_\_ erogato da l'Istituzione formativa \_\_\_\_\_

nell'ambito del Catalogo regionale di Formazione Continua relativo all'Avviso Pubblico per l'assegnazione di voucher aziendali a Catalogo per interventi di formazione continua a valere sul Programma Regionale Lombardia FSE+ 2021-2027

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - della durata in ore \_\_\_\_\_  
(ore previste dal corso)

per un totale complessivo di ore di frequenza \_\_\_\_\_ pari al \_\_\_\_\_ delle ore previste.  
(inserire % di frequenza)

Nell'ambito del percorso che prevedeva: (per compilare per ogni singola competenza)

Competenze da acquisire e relativo livello EQF: \_\_\_\_\_

1 – Profilo professionale di riferimento del QRSP: \_\_\_\_\_

2 – Competenze acquisite e relativo livello EQF : \_\_\_\_\_

3 – ADA (Area di Attività) di riferimento dell'Atlante del Lavoro : \_\_\_\_\_

### 3 – Percorso formativo

#### 3.1. – Titolo del corso

\_\_\_\_\_

#### 3.2. - Durata del corso

Anni \_\_\_\_\_

Mesi \_\_\_\_\_

Ore \_\_\_\_\_

#### 3.3. – Percorso frequentato

Anni \_\_\_\_\_

Mesi \_\_\_\_\_

Ore effettivamente frequentate \_\_\_\_\_

Crediti Formativi in ingresso \_\_\_\_\_

#### 3.4. – Contenuti

unità formativa \_\_\_\_\_ contenuti formativi \_\_\_\_\_

durata in ore \_\_\_\_\_ modalità di valutazione \_\_\_\_\_

unità formativa \_\_\_\_\_ contenuti formativi \_\_\_\_\_

durata in ore \_\_\_\_\_ modalità di valutazione \_\_\_\_\_

unità formativa \_\_\_\_\_ contenuti formativi \_\_\_\_\_

durata in ore \_\_\_\_\_ modalità di valutazione \_\_\_\_\_

### 4 - Modalità pratiche di apprendimento

#### 4.1 - Alternanza e Tirocinio

- durata (in ore) \_\_\_\_\_
- nome dell'organizzazione \_\_\_\_\_
- sede di svolgimento \_\_\_\_\_

#### 4.2 - Altre esperienze pratiche

- durata (in ore) \_\_\_\_\_
- modalità (es visite aziendali ecc) \_\_\_\_\_
- contesto di attuazione \_\_\_\_\_

#### 5 – Altre modalità di apprendimento (esempio e-learning, ecc.)

\_\_\_\_\_

#### 6 – Annotazioni integrative

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)

Sono state acquisite le seguenti abilità e conoscenze:

<b>CONOSCENZE</b>	<b>(elencare le conoscenze acquisite)</b>
<b>ABILITÀ</b>	<b>(elencare le abilità acquisite)</b>

Sulla base delle seguenti U.F. svolte

<b>Titolo Unità formativa</b>	<b>Durate</b>	<b>Ore presenza</b>

**Il Responsabile della certificazione  
delle competenze**

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma e timbro)