

SPRAR TERRITORIALE DI:

Nome del comune/ente locale

DA COMPILARE PRECEDENTEMENTE ALLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO DI FORMAZIONE

EVENTO DI FORMAZIONE AL QUALE SI INTENDE PARTECIPARE:

Titolo:

Luogo:

Data/e:

(Allegare il programma)

NOMANATIVI DEGLI OPERATORI CHE INTENDONO PARTECIPARE:

Nome e cognome:

Ente di appartenenza:

Ruolo nello SPRAR territoriale

(Ripetere le informazioni per tutti gli operatori coinvolti)

DESCRIVERE A QUALI BISOGNI FORMATIVI RISPONDE L'EVENTO:

(Per ogni operatore coinvolto)

Inserire qui anche il motivo per il quale è stato scelto questo evento e non un altro

RISULTATI ATTESI DALLA PARTECIPAZIONE DELL'EVENTO:

(Per ogni operatore coinvolto)

DA COMPILARE SUCCESSIVAMENTE ALLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO DI FORMAZIONE

L'EVENTO FORMATIVO HA SODDISFATTO LE ASPETTATIVE? SONO STATI RAGGIUNTI I RISULTATI AUSPICATI?

(Per ogni operatore coinvolto)

IN QUALE MODO LA FORMAZIONE SEGUITA PUO' APPORTARE UN ARRICCHIMENTO E UN RINFORZAMENTO DELL'INTERO SPRAR TERRITORIALE?

(Per ogni operatore coinvolto)