**REGIONE ABRUZZO**

**Dipartimento per la Salute e il Welfare - Servizio Politiche per il Benessere Sociale -**

**Programma Operativo Regionale Fondo Sociale Europeo 2014-2020**

**“Intervento 24 -Agorà Abruzzo - Spazio Incluso ”**

**Obiettivo “Investimenti in favore della crescita e dell’occupazione”**

ALLEGATO 5

REGISTRO ATTIVITA’ DI ORIENTAMENTO SPECIALISTICO INDIVIDUALE

*per servizi one to one*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CUP: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Soggetto Attuatore che eroga l’Orientamento specialistico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e Cognome del Responsabile Legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e Cognome operatore/i di orientamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Orientamento specialistico individuale**

Nome e Cognome del destinatario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale del destinatario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Ora inizio attività** | **Ora fine attività** | **N. ore** | **Contenuto dell’attività** | **Firma destinatario** | **Firma operatore** |
|  | \_ \_:\_ \_ | \_ \_:\_ \_ |  |  |  |  |
|  | \_ \_:\_ \_ | \_ \_:\_ \_ |  |  |  |  |
|  | \_ \_:\_ \_ | \_ \_:\_ \_ |  |  |  |  |
|  | \_ \_:\_ \_ | \_ \_:\_ \_ |  |  |  |  |
|  | \_ \_:\_ \_ | \_ \_:\_ \_ |  |  |  |  |
|  | \_ \_:\_ \_ | \_ \_:\_ \_ |  |  |  |  |

Data e luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante del Soggetto Attuatore *(inserire nominativo e ruolo)*

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

Timbro del Soggetto Attuatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_