

 REGIONE LAZIO	Questionario di valutazione dell'attività formativa Annualità _____	Inserire Logo dell'organismo di formazione
--	---	--

All. 1 (IFP) | _____ | o All. 2 (Repertorio) | _____ |

Durata intervento formativo (in ore per singolo intervento/corso) |__|__|__|__|

Data inizio attività intervento/corso |__|__|__|__|__|__|

Data fine attività intervento/corso |__|__|__|__|__|__|

Numero totale allievi:

ammessi agli anni successivi: |__|__| M |__|__| F

ottengono una qualifica: |__|__| M |__|__| F

L'intervento formativo prevede le seguenti attività:

Attività di laboratorio: |__| SI |__| NO

Formazione a distanza: |__| SI |__| NO

Rapporto con le imprese (tirocini/stage, visite aziendali): |__| SI |__| NO

Alternanza scuola/lavoro: |__| SI |__| NO

Apprendistato: |__| SI |__| NO