



RAPPORTO DI MONITORAGGIO

Agenzia per il lavoro promotrice	.....
Codice progetto	.....
Responsabile progetto	.....
Ente formativo	.....
Titolo o figura professionale	.....
Tipologia formativa	.....
Periodo di svolgimento	.....
N° di ore previste	..... N° allievi previsti

Denominazione della struttura in cui si svolge la verifica	.....
Referente/i per il monitoraggio (presente/i durante il monitoraggio - Ruolo)	..... .....

Luogo _____ Data _____

Firma per Forma.Temp

Firma referente per il monitoraggio

APL		Progetto	
------------	--	-----------------	--

Verifica dell'effettivo svolgimento del corso in relazione alle informazioni (orari e luogo) indicate nella scheda progetto		Note

Corrispondenza tra l'intervento dichiarato nella scheda progetto e l'attività didattica verificata		Note
Corrispondenza tra durata complessiva in scheda progetto e quanto riscontrato	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Corrispondenza tra n° allievi che frequentano il corso e quanti dichiarati in scheda progetto	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Allievi presenti al momento del monitoraggio n°	_____	
Corrispondenza tra l'articolazione progettuale riportata sul progetto e quanto riscontrato:		
• contenuti	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
• articolazione tra teoria e pratica	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
• affiancamento	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
• visita aziendale	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Corrispondenza tra i partner indicati in scheda progetto e quanto verificato	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Conformità del corso alle norme di Forma.Temp		Note
Documento Informativo	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Svolgimento dei moduli obbligatori risultanti dal registro	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Registro presenze (entrata-uscita allievi, argomenti trattati, firma docenti, firma allievi, ecc)	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Rispetto del cumulo ore di formazione e ore di lavoro	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Segnalazione di aula congiunta o plenaria	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Presenza di tutor (<i>on the job/affiancamento TI</i>)	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Numero e/o requisiti allievi coerenti con la tipologia indicata	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Rispetto dei divieti relativi ad uditori	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Altre informazioni		Note
Rispetto delle indicazioni del dispositivo di accreditamento	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Supporti e materiali didattici coerenti con la tipologia formativa indicata	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Somministrazione test (se obbligatoria)	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Luogo

data

Firma per Forma.Temp

Firma referente per il monitoraggio

