



Al Responsabile di Struttura

All'Ufficio Formazione continua e

Aggiornamento Professionale

formazione@unimi.it

Oggetto: RELAZIONE SETTIMANALE ATTIVITA' FORMATIVA

Il/La sottoscritto/a matr.

In servizio presso

In qualità di cat.

Autorizzato/a a svolgere la propria attività in modalità agile dal al

DICHIARA

Di aver frequentato con profitto il seguente corso di formazione:

TITOLO DEL CORSO	
DATA	
DURATA	
OGGETTO DEL CORSO	
ATTINENZA/UTILITÀ PER IL MIO LAVORO	
AUTOVALUTAZIONE DEL LIVELLO INIZIALE E DEGLI STRUMENTI/CONOSCENZE RELATIVE AL CORSO	
AUTOVALUTAZIONE DEL LIVELLO RAGGIUNTO E DEGLI STRUMENTI/CONOSCENZE ACQUISITE ATTRAVERSO IL CORSO	
GIUDIZIO COMPLESSIVO SUL CORSO	

Si allegano n. attestati di partecipazione (facoltativo).

Il/la Dipendente (Nome e cognome)