



Università di Genova

Certificazione del percorso di Training on the Job

Modulo TOJ

DATI DEL DIPENDENTE	
Cognome e Nome	
Matricola	
Area / Settore professionale	
Struttura di appartenenza	

DATI DEL PERCORSO FORMATIVO	
Tipologia	☐ Mentoring (affiancamento) ☐ Job rotation
Periodo di svolgimento	Dal ___/___/_____ al ___/___/_____
Durata effettiva (ore)	
Tutor / Mentor designato	
Matricola Tutor / Mentor	
Struttura del Tutor / Mentor	

OBIETTIVI FORMATIVI DEL PERCORSO
<i>(come da progetto formativo autorizzato)</i>

COMPETENZE ACQUISITE
<i>(descrivere sinteticamente le competenze acquisite con riferimento agli obiettivi del progetto formativo)</i>

Data ___/___/_____	Data ___/___/_____
Il Responsabile di struttura	Il Tutor / Mentor
 _____	 _____
(firma)	(firma)