

Spett. Azienda _____

Dati anagrafici (si prega di compilare tutti i campi, scrivendo con penna scura e in stampatello)

**Azienda e
sede legale**

Ragione sociale

Indirizzo

Nr. civico

Località-Paese

Prov.

CAP

Tel.

Fax.

Partita IVA

Cod. Fiscale

Sito Web

e-mail

CCNL

Settore attività

Cod.Ateco 2007

Tipo azienda:

pubblica

privata

Nr. Risorse umane:

Nr. Inserimenti lavorativi nell'anno:

Nr. Tirocini in corso di svolgimento alla data di attivazione dello stage:

Di cui

curricolari:

extracurricolari:

Rappresentante legale

Cognome e Nome

Luogo di nascita

Data di nascita

Codice Fiscale

Tel.

e-mail

Persona di riferimento
(se diversa dal
rappresentante legale)

Cognome e Nome

Tel.

e-mail

COMPILARE PER STAGE / Alternanza: i dati seguenti sono richiesti in ottemperanza al D.Lgs. 81/2008 e alle normative regionali DGR n. 825 del 25.10.13 e DDUO n° 10031 del 5.11.13, per completare la documentazione richiesta per l'attuazione dello stage formativo.

Tutor Aziendale	Cognome e Nome Tutor: _____ Codice Fiscale _____		
	Esperienze professionali possedute:		
	Competenze professionali possedute:		
	Tirocinanti accompagnati all'avvio del tirocinio (numero):		Livello Inquadramento del Tutor Aziendale in azienda:
	Anni esperienza del Tutor Aziendale		
Sede operativa del tirocinio (se diversa dalla sede legale)	Indirizzo		
	Località		
	CAP	Prov.	Tel.
Lo stagista opererà presso: <input type="checkbox"/> Sede azienda <input type="checkbox"/> Clienti azienda <input type="checkbox"/> Ambedue			
Quanti allievi l'azienda sarebbe disposta a prendere in stage contemporaneamente? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Più di 2 (indicare il numero)			
Orario apertura azienda: _____		Orario stage _____	

COMPILARE SOLO PER APPRENDISTATO: i dati seguenti servono per la compilazione del Piano formativo Individuale dell'apprendista e del Protocollo d'Intesa.

Tutor aziendale (se diverso dalla persona di riferimento)	Cognome e Nome Tutor: _____ Codice Fiscale _____		
	Titolo di studio		
	Anni di esperienza nel settore _____	Anni di esperienza in qualità di tutor _____	
	Ha frequentato il corso tutor di 12 ore?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Livello di inquadramento CCNL		
Sede operativa dell'apprendista (se diversa dalla sede legale)	Indirizzo		
	Località		
	CAP	Prov.	Tel.
Apprendista	Mansione da svolgere:		
	Titolo di studio richiesto:		
	Livello di inquadramento contrattuale previsto:		
Orario apertura azienda: _____		Orario apprendista _____	

L'azienda è cortesemente invitata a completare il documento con data, firma e timbro. Grazie per la collaborazione.

Data compilazione

Timbro azienda e firma compilatore