Allegato 1

# SCHEDA INFORMATIVA TIROCINIO

|  |
| --- |
| SOGGETTO OSPITANTE |
|  |
| **Ragione sociale:**  |
| **Codice fiscale/Partita IVA:** |
| **Indirizzo della sede legale:** |
| **Telefono:** |
| **Fax:** |
| **Codice ATECO:** |
| **Indirizzo e-mail:** |
| **Indirizzo e-mail PEC:** |
| **Settore di attività:** |
| **N. REA (se previsto):** |
| **Legale Rappresentante:** |
| **C.F. del Legale Rappresentante** |
| **Data di nascita: / /** |
| **Luogo di nascita:** |
| **N. dipendenti a tempo indeterminato nella sede operativa (esclusi apprendistato):** |
| **N. tirocini curricolari in corso:** |
| **N. dipendenti a tempo determinato nella sede operativa (a condizione che il loro contratto abbia inizio prima dell’avvio del tirocinio e si concluda successivamente alla conclusione dello stesso):** |
| **N. tirocini extracurricolari in corso:** |

## DATI DEL PROGETTO FORMATIVO

Nei 6 mesi precedenti l’Azienda Utilizzatrice ha avuto licenziamenti collettivi riguardanti lavoratori adibiti alle mansioni cui si riferisce il tirocinio oggetto di questa richiesta?

NO

SI

L’Azienda Utilizzatrice sta operando sospensioni di rapporto di lavoro o riduzione dell’orario con diritto al trattamento di integrazione salariale nei confronti di lavoratori adibiti alle mansioni cui si riferisce il tirocinio oggetto di questa richiesta?

NO

SI

|  |
| --- |
| **Indirizzo sede tirocinio:** |
| **Città: (\_\_\_\_\_) CAP:** |
| **Data inizio:** |
| **Data fine:** |
| **Durata:** |
| **Tipo prestazione**: FULL TIME PART TIME |
| **Giorni lavorativi**: LUNEDì MARTEDì MERCOLEDì GIOVEDì VENERDì SABATO |
|  **Orario giornaliero – mattina:** |
| **Orario giornaliero – pomeriggio:** |
| **CCNL di riferimento:** |
| **Qualifica di riferimento:** |
| **Unità di competenza (ove previsto):** |
| **Settore economico professionale:** |
| **ADA (ove previsto):** |
| **Profilo ISTAT:** |
| **Ambito di inserimento (settore, ufficio, reparto):** **Attività oggetto del tirocinio (come definito dall’ADA):** **Attività ulteriori:** |
| **Posizione INAIL n°:** |
| **Posizione RC:** |
| **Compagnia assicurativa:** |
| **Tutor aziendale:** |
| **C.F. Tutor aziendale:** |
| **Telefono:** |
| **E-mail:** |
| **Ruolo:** |
| **N. tirocinanti attualmente seguiti:** **Anni di esperienza nel ruolo:** |

**Competenze possedute dal Tutor Aziendale:**

**Luogo e data**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma

…………………………………………..