



SCHEDA PER ASSUNZIONE APPRENDISTI

MD APP-19

DENOMINAZIONE AZIENDA

DATI DEL LAVORATORE DA ASSUMERE

COGNOME / NOME

VIA

N°

CITTÀ

DOMICILIO

CODICE FISCALE

LUOGO E DATA DI NASCITA

DATA DI ASSUNZIONE

QUALIFICA.

LIVELLO

MANSIONI

TITOLO DI STUDIO

SE INTERROTTO ULTIMO ANNO FREQUENTATO:

- Nessun titolo di studio
 Licenza elementare
 Licenza media
 Qualifica professionale (2 0 3 anni) (SPECIFICARE)
 Diploma di maturità/scuola secondaria superiore (SPECIFICARE)
 Laurea (SPECIFICARE)

ALTRE ESPERIENZE FORMATIVE

Altri corsi frequentati e conclusi (FSE, scuole di specializzazione, altro) con il rilascio di un attestato e/o certificazione

(DENOMINAZIONE)

DURATA IN ORE

(DENOMINAZIONE)

DURATA IN ORE

(DENOMINAZIONE)

DURATA IN ORE

NEL CASO ABBAIA FREQUENTATO CORSI PER APPRENDISTI RIPORTARE LE SEGUENTI INFORMAZIONI

(TITOLO DEI MODULI/UF CONCLUSI)

(ORGANISMO FORMATIVO – NOME E SEDE – CHE HA RILASCIATO L'ATTESTATO)

(TITOLO DEI MODULI/UF CONCLUSI)

(ORGANISMO FORMATIVO – NOME E SEDE – CHE HA RILASCIATO L'ATTESTATO)

(TITOLO DEI MODULI/UF CONCLUSI)

(ORGANISMO FORMATIVO – NOME E SEDE – CHE HA RILASCIATO L'ATTESTATO)

(TITOLO DEI MODULI/UF CONCLUSI)

(ORGANISMO FORMATIVO – NOME E SEDE – CHE HA RILASCIATO L'ATTESTATO)

PRECEDENTI ESPERIENZE LAVORATIVE (A PARTIRE DALLA PIÙ RECENTE)

(QUALIFICA DI ASSUNZIONE)

DURATA DEL RAPPORTO DI LAVORO
(IN MESI)CONTRATTO DI
APPRENDISTATO
Sì **NO**

(QUALIFICA DI ASSUNZIONE)

DURATA DEL RAPPORTO DI LAVORO
(IN MESI)CONTRATTO DI
APPRENDISTATO
Sì **NO**

(QUALIFICA DI ASSUNZIONE)

DURATA DEL RAPPORTO DI LAVORO
(IN MESI)CONTRATTO DI
APPRENDISTATO
Sì **NO**

ESEGUITO DA:

FIRMA:

DATA:

	SCHEDA PER ASSUNZIONE APPRENDISTI	MD APP - 19
--	--	-------------

TIPO DI CONTRATTO		
TEMPO PIENO	<input type="checkbox"/>	
		DAL _____ AL _____
TEMPO PARZIALE	<input type="checkbox"/>	DALLE ORE _____ ALLE ORE _____
		TOT. ORE SETTIMANALI _____

DATI TUTOR AZIENDALE	
COGNOME / NOME	
C.F.	
TITOLO DI STUDIO	
<input type="checkbox"/> Nessun titolo di studio <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Licenza media <input type="checkbox"/> Qualifica professionale (2 0 3 anni) (SPECIFICARE) <input type="checkbox"/> Diploma di maturità/scuola secondaria superiore (SPECIFICARE) <input type="checkbox"/> Laurea (SPECIFICARE)	
HA FREQUENTATO IL CORSO PER TUTORE	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE SÌ, PER QUANTE ORE _____
RAPPORTO CON L'AZIENDA	
<input type="checkbox"/> TITOLARE O SOCIO DELL'AZIENDA <input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE) _____	
QUALIFICA PROFESSIONALE	
LIVELLO DI INQUADRAMENTO	ANNI DI ESPERIENZA NELLA QUALIFICA _____
N° DI APPRENDISTI SEGUITI (MAX 5)	TELEFONO E/O CELLULARE _____

NOTE PARTICOLARI

LA PRESENTE DEVE PERVENIRE AL COLLOCAMENTO ENTRO E NON OLTRE LE ORE 14.00 DEL 5° GIORNO LAVORATIVO ANTECEDENTE L'ASSUNZIONE .

ESEGUITO DA:	FIRMA:	DATA:
--------------	--------	-------