

**DATI PER TIROCINIO**

**AZIENDA**

DENOMINAZIONE AZIENDA:

C.F./ P.IVA

INDIRIZZO DELLA SEDE LEGALE:

CAP: COMUNE

PROVINCIA

TEL

FAX:

E-MAIL:

INDIRIZZO SEDE OPERATIVA (SE DIVERSA DALLA SEDE LEGALE): VIA

CAP: COMUNE

PROVINCIA

TEL

FAX:

E-MAIL:

NOME DEL LEGALE RAPPRESENTANTE:

LUOGO E DATA DI NASCITA:

NOMINATIVO E MANSIONE DEL TUTOR AZIENDALE:

NUMERO DI DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO (ALLA DATA ODIERNA):

NUMERO TIROCINANTI INSERITI IN AZIENDA ALLA DATA ODIERNA:

**TIROCINIO**

PERIODO DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO:

N.

DAL

AL

MESI

TEMPO DI ACCESSO AI LOCALI AZIENDALI:

DAL

AL

(GIORNI-ORE)

DALLE

ALLE

MANSIONI PREVISTE/ATTIVITÀ E MODALITÀ DI SVOLGIMENTO:

EVENTUALI FACILITAZIONI PREVISTE (RIMBORSO SPESE: MENSA/AUTOBUS/BENZINA):

RIMBORSO SPESE DA EURO

POLIZZA ASSICURATIVA INAIL N.

**TIROCINANTE**

COGNOME E NOME:

LUOGO E DATA DI NASCITA:

RESIDENZA: VIA

CITTÀ

CAP

PROV.

CODICE FISCALE:

TEL:

**ATTUALE CONDIZIONE DEL TIROCINANTE:**

STUDENTE:  SCUOLA SUPERIORE  CORSI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE  UNIVERSITARIO/NEOLAUREATO

(E FINO A 18 MESI DALLA FINE PERCORSO) (DA NON PIÙ DI 18 MESI)

PERSONA SVANTAGGIATA (L.381/91)

DISOCCUPATO/INOCCUPATO/IN MOBILITÀ

ISCRITTO AL COLLOCAMENTO MIRATO L.68/99

DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA AZIENDA