

REFERENTE PRATICA \_\_\_\_\_

**DATI AZIENDA**

SEDE \_\_\_\_\_

**Dichiara DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI**

- avere una unità locale in Regione Basilicata
- essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro
- essere in regola con la normativa di cui alla legge n.68/1999 (collocamento disabili, se previsto)
- non aver effettuato licenziamenti nei 12 mesi precedenti (salvo quelli per giusta causa o giustificato motivo)
- essere in regola con il DURC
- non avere attivato un precedente rapporto di lavoro/prestazione nei due anni precedenti con la stessa persona
- non avere attivato un precedente tirocinio con la stessa persona;
- non avere in corso con procedure di CIG straordinaria o in deroga per attività equivalenti a quelle del tirocinio

**INFO PER PRATICA**

IN POSSESSO DI SPID SI  NO

IN POSSESSO DI FIRMA DIGITALE SI  NO

REFERENTE AZIENDALE \_\_\_\_\_ recapito \_\_\_\_\_

CCNL APPLICATO \_\_\_\_\_ TUTOR \_\_\_\_\_ recapito tutor \_\_\_\_\_

ATTIVITA' DA FAR SVOLGERE AL TIROCINANTE \_\_\_\_\_

DIPENDENTI PRESENTI IN AZIENDA:

A TEMPO INDETERMINATO	
A TEMPO DETERMINATO	
TIROCINANTI IN AZIENDA PRESENTI	

DURATA TIROCINIO (IN MESI) min 2 – max 6 : \_\_\_\_\_

ORARIO DI LAVORO (min 20 ore/settimanali – max 35 ore/settimanali):

	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO
Mattina						
Pomeriggio						

PAT INAIL: \_\_\_\_\_

POLIZZA RCT (SE IN POSSESSO DELL'AZIENDA) ALLEGARE COPIA, IN CASO CONTRARIO FLEGGARE **SI** PER OCCUPARCENE NOI

si

**INFO TIROCINANTE**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ Anno Conseguimento \_\_\_\_\_

**CONSULENTE DEL LAVORO**

Recapito \_\_\_\_\_

**ALLEGARE: VISURA CAMERALE E DOCUMENTO LEGALE RAPPRESENTANTE**