

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

INFO TIROCINANTE

Nome e Cognome _____

Tel _____ mail _____

Titolo di studio _____ Anno Conseguimento _____

CONSULENTE DEL LAVORO

Recapito _____

ALLEGARE: VISURA CAMERALE E DOCUMENTO LEGALE RAPPRESENTANTE