

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(Rif. Convenzione n° _____ stipulata in data _____)

Nome Cognome del Tirocinante:

Nato a: il:

Residente. in a:

Tel.:

Codice fiscale:

Titolo di studio:

Attuale condizione occupazionale:

- Barrare se il tirocinante è disabile (L. 68/99)**
- Barrare se il tirocinante è in condizione di svantaggio o disagio sociale (ex L.R. 14/00)**

Azienda ospitante:

Sede legale :

Laboratorio:

Tel:

Numero dipendenti a tempo indeterminato:

Numero tirocinanti attualmente ospitati:

Sede/i del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio):

Tempi di accesso ai locali aziendali:

Periodo del Tirocinio dal:

Tutore aziendale:

Tutore (indicato dal soggetto promotore):

Polizze assicurative:

- Infortuni sul lavoro INAIL posizione n° _____
- Responsabilità civile posizione n° _____ - Compagnia: _____

come stabilito dalla Deliberazione della Giunta Provinciale n.112/2005, per i tirocini di durata superiore ai 6 mesi , a partire dal primo giorno del settimo mese di tirocinio, l'onere della copertura assicurativa passa a carico dell'azienda ospitante.

Obiettivi e modalità del tirocinio:

Attività Previste:

.

Facilitazioni previste:

Obblighi del tirocinante:

- seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento a essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti o altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante sia dopo lo svolgimento del tirocinio
- rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza

Luogo:

Data :

Firma di presa visione ed accettazione del tirocinante _____

Firma per il soggetto promotore _____

Firma per l'Azienda _____