Allegato B

Scheda Fabbisogno

INFORMAZIONI PER ATTIVAZIONE TIROCINI INCLUSIONE

AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE DIRETTA ALL'INDIVIDUAZIONE DI SOGGETTI OSPITANTI, SIA PUBBLICI CHE PRIVATI, PER L'ATTIVAZIONE DI TIROCINI D'INCLUSIONE, FINALIZZATI ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO E ALL'INCLUSIONE SOCIALE, NELL'AMBITO DELL'ATTUAZIONE DELL'AZIONE C) TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE DEL PROGETTO *"NESSUNO ESCLUSO",* FINANZIATO A VALERE DELLE AZIONI 9.1.3, 9.2.1, 9.2.2 DEL PROGRAMMA I.T.I.A. "INTESE TERRITORIALI DI INCLUSIONE ATTIVA" P.O.R. CAMPANIA FSE 2014-2020, ASSE II OBIETTIVI SPECIFICI 6 -7

DATI LEGALE RAPPRESENTANTE IMPRESA

NOME	
COGNOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO	
CF	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
MAIL	
TELEFONO	

DATI SEDE LEGALE

Ragione sociale	
Forma giuridica	
Indirizzo sede Legale (Via, città, provincia e CAP)	
P.I.	
Iscrizione CCIAA n.	
Codice/i ATECO:	
E-MAIL	
PEC	
TELEFONO	

Dati Sede Operativa se diversi da quelli della sede legale

Indirizzo sede Legale (Via, città, provincia, CAP)	
E-MAIL	
TELEFONO	

NUMERO DIPENDENTI TOTALI

TEMPO INDETERMINATO	
TEMPO DETERMINATO	
TIROCINI GIA' IN ESSERE	

NUMERO DIPENDENTI SUDDIVISI PER SEDI OPERATIVE / UNITA' LOCALI (ripetere il riquadro per ciascuna sede operativa/unità locale attiva)

TEMPO INDETERMINATO	
TEMPO DETERMINATO	
TIROCINI GIA' IN ESSERE	

INFORMAZIONI SUL CCNL APPLICATO DALL'IMPRESA PER IL TIROCINIO DA AVVIARE

CCNL APPLICATO	
ORARIO MAX PREVISTO	

Profilo professionale richiesto

Tipologia Profilo	
Mansioni	

ORARI DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO (**fino ad un max di ore settimanali previste dal CCNL di riferimento**):

GIORNO	**DALLE ORE**	**ALLE ORE**	**DALLE ORE**	**ALLE ORE**
LUNEDI'				
MARTEDI'				
MERCOLEDI'				
GIOVEDI'				
VENERDI'				
SABATO				
DOMENICA				

In caso di orario continuato, occorre prevedere per il tirocinante una pausa pranzo di almeno un'ora.

Luogo e data_____

Firma

_____