



CE.S.CO.T.

SCHEDA ATTIVAZIONE TIROCINIO

F28

Rev. 9 del 08/04/2015

<u>TIPOLOGIA TIROCINIO</u>	<u>AMBITO PROGETTUALE</u>
Formazione e Orientamento	Tirocinio Ordinario
Inserimento e Reinserimento Lavorativo	Tirocinio Ordinario
Formazione e Orientamento	Garanzia Giovani REGIONE LIGURIA
Inserimento e Reinserimento Lavorativo	Garanzia Giovani REGIONE LIGURIA

DATI AZIENDA

Ragione sociale: _____

Indirizzo: _____

Unità operativa sede del tirocinio: _____

Eventuale altra sede di svolgimento del tirocinio: _____

Telefono: _____ P.IVA: _____

E-mail: _____

E-mail PEC: _____ CF: _____

Voce di rischio INAIL in base alle specifiche lavorazioni svolte dal tirocinante : _____

Contratto nazionale del lavoro (Codice Contratto Inps): _____

Matricola INPS Aziendale (tirocinio attivato ambito Garanzia Giovani): _____

Settore azienda (Codice attività Ateco): _____

N° dipendenti a tempo indeterminato: _____

(Il numero di tirocini attivabili contemporaneamente è determinato dal numero di dipendenti con contratto a tempo indeterminato in forza all'azienda:

- » Da 0 a 5 dipendenti a tempo indeterminato tirocini attivabili 1 contemporaneamente
- » Da 6 a 20 dipendenti a tempo indeterminato tirocini attivabili 2 contemporaneamente
- » Oltre a 20 dipendenti a tempo indeterminato tirocini attivabili contemporaneamente fino al 10% del n° dei dipendenti a tempo indeterminato in forza alla data di attivazione del tirocinio)

Nome del Tutor aziendale: _____

Socio Confesercenti: SI NO

Cognome e nome del Titolare e/o Legale Rappresentante (allegare Documento Identità): _____

Luogo di nascita: _____

Data di nascita: _____

DATI TIROCINANTE

Cognome e nome (allegare Documento Identità, Curriculum e/o Scheda Anagrafica Centro per l'Impiego):

Luogo di nascita:

Data di nascita:

Telefono:

Email:

Titolo di Studio:

Data di conseguimento:

Codice IBAN c/c bancario (tirocinio attivato ambito Garanzia Giovani):

Figura professionale che andrà a ricoprire in azienda:

Breve descrizione delle principali mansioni:

Durata tirocinio (se si decide l'opzione "proroga", al termine del primo periodo di tirocinio azienda e tirocinante devono confermare tramite fax e/o e-mail la volontà di proseguire il rapporto di tirocinio): dal _____

3 mesi

6 mesi

3mesi+3mesi (proroga)

Altro (specificare) _____

Orari presenza: specificare orario entrata/uscita giorno per giorno indicando l'eventuale pausa (max 8 ore al giorno, max ore settimanali vedi quanto previsto CCNL aziendale. Se l'orario giornaliero supera le 4 ore è obbligatoria almeno mezz'ora di pausa)

LUNEDÌ

MARTEDÌ

MERCOLEDÌ

GIOVEDÌ

VENERDÌ

SABATO

DOMENICA

Eventuali pause previste e/o concordate Pausa I data inizio _____ data fine _____

Eventuali pause previste e/o concordate Pausa II data inizio _____ data fine _____

Eventuali pause previste e/o concordate Pausa III data inizio _____ data fine _____

Orari presenza: specificare orario entrata/uscita giorno per giorno indicando l'eventuale pausa (max 8 ore al giorno, max ore settimanali vedi quanto previsto CCNL aziendale. Se l'orario giornaliero supera le 4 ore è obbligatoria almeno mezz'ora di pausa)

LUNEDÌ

MARTEDÌ

MERCOLEDÌ

GIOVEDÌ

VENERDÌ

SABATO

DOMENICA

Rimborso spese mensili riconosciute al tirocinante (a discrezione dell'azienda limite min. 400,00 €)

Esperienze di lavoro del tirocinante (Si ricorda che non sono compatibili con il tirocinio sia una precedente esperienza di tirocinio nella figura professionale assimilabile sia un precedente rapporto di lavoro nella medesima figura professionale per la quale si vuole attivare il tirocinio stesso):

Si ricorda che per l'attivazione del tirocinio è necessario:

- » Effettuare il pagamento del tirocinio contestualmente all'avvio del tirocinio. Il pagamento può avvenire o attraverso bonifico bancario o c/o i nostri uffici.

Dati bonifico bancario:

BANCA PROSSIMA GRUPPO INTESA SAN PAOLO AGENZIA DI GENOVA C/C N° 131419

IBAN IT 07 K 03359 01600 100000131419

(inviare tramite fax ricevuta bancaria 010.2467347)

- » Trasmettere copia del progetto formativo del tirocinio al proprio consulente del lavoro.
- » Allegare al presente modulo la copia della scheda anagrafica che certifica la disoccupazione e le esperienze lavorative del tirocinante, tale scheda è rilasciata dai Centri per l'Impiego.

Letto, confermato e sottoscritto

_____ (firma azienda) _____

Egregi Signori,
per ottemperare agli obblighi di cui al Codice della Privacy, vi invitiamo a prendere atto della informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 e ad esprimere il consenso al trattamento dei dati, firmando e restituendo l'allegata scheda.

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003

Dati personali raccolti

I dati personali raccolti sono inerenti essenzialmente a:

- dati identificativi (nominativo, ragione sociale, anagrafica, dati fiscali)
- dati relativi alla vostra attività e/o esperienza professionale

Finalità del trattamento:

I vostri dati vengono trattati ai fini dell'attivazione e la gestione del tirocinio formativo ai sensi della Legge 197/97.

Natura del conferimento dei dati

Il conferimento dei dati e il relativo trattamento sono obbligatori; ne consegue che l'eventuale rifiuto a fornire i dati per tale finalità potrà determinare l'impossibilità della scrivente ad attivare il tirocinio.

Modalità del trattamento

I dati personali verranno trattati in forma cartacea ed informatizzata ed inseriti nei pertinenti archivi cartacei ed elettronici cui potranno accedere gli addetti designati dalla scrivente come incaricati del trattamento dei dati. Il trattamento potrà anche essere effettuato da terzi che forniscono specifici servizi elaborativi, amministrativi o strumentali necessari per il raggiungimento delle finalità di cui sopra.

Ambito di comunicazione e diffusione dei dati

Per l'espletamento degli obblighi previsti dalla disciplina sui tirocini formativi, i vostri dati saranno comunicati a INAIL, Ispettorato del Lavoro, CGIL, CISL, UIL e alle eventuali altre autorità incaricate del monitoraggio del tirocinio.

Diritti degli interessati

L'interessato potrà esercitare in qualsiasi momento e gratuitamente i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 (cancellazione, blocco, aggiornamento, rettificazione e opposizione, in tutto o in parte, al trattamento) rivolgendosi al CE.S.CO.T., nella persona del responsabile del trattamento dei dati: Vergassola Massimo, Via Cairoli 11, Tel. 010.251551, Fax 010.2467347.

Firma per l'autorizzazione al trattamento dati (conferimento obbligatorio)

_____ (firma azienda) _____

A CURA DEL CESCOT

ADEMPIMENTI

Invio a CGIL CISL UIL CPI Invio a Ispettorato del Lavoro INAIL

Input a Segr. Org.
