LABA LIBERA ACCADEMIA BELLE ARTI

SCHEDA DATI NECESSARIA PER LA STESURA DELLA CONVENZIONE E DEL PROGETTO FORMATIVO ACCADEMIA LABA

TIROCINANTE

Nome: ..... Cognome: ..... Nato/a a ..... Prov. ..... il .....

e residente in Via .....n°..... Cap ..... Città..... Prov. .....

CF: ..... Telefono: ..... e-mail: .....

Corso: .....

Titolo di studio in possesso: .....

☐ Dichiaro di non avere legami di parentela presso l'azienda ospitante.

☐ Dichiaro di non aver avuto e di non avere alcun rapporto di lavoro o collaborazione con l'azienda ospitante.

☐ Dichiaro di non aver mai svolto un tirocinio curriculare presso l'azienda ospitante.

☐ Sono consapevole che le lezioni accademiche prevalgono sul tirocinio curriculare.

Da compilare solo se studente/ssa Lavoratore/trice:

☐ Mi impegno a rispettare la normativa che riguarda il limite orario per le ore lavorative e di tirocinio, assicurandomi che la somma delle ore giornaliere non superi le 8 ore e che quella settimanale non superi le 40 ore, tra lavoro e tirocinio curriculare.

Tutor dell'Accademia: Daniela Alberti

Periodo di tirocinio n. mesi (minimo un mese, massimo un anno) .....

dal .....al .....

LABA LIBERA ACCADEMIA BELLE ARTI

AZIENDA OSPITANTE

Denominazione: .....

Descrizione dell'attività dell'azienda (Ateco): .....

Indirizzo sede legale: Città: ..... CAP: ..... Prov: ..... Via: .....

Telefono: ..... Sito Web:..... email: .....

P.IVA/CF: ..... Voce tariffa INAIL Aziendale: ..... Tasso applicato: .....

Codice Ateco 2007 ..... **Settore di appartenenza** .....

Indirizzo sede tirocinio (solo se diversa dalla sede legale):

Via: ..... Città: ..... CAP: ..... Prov: .....

Numero risorse Umane (barrare la casella):

☐ 0 o 5 addetti (non più di un tirocinante nello stesso periodo)

☐ 6 -19 addetti (non più di due tirocinanti nello stesso periodo)

☐ 20 o più addetti (un numero di tirocinante nello stesso periodo non superiore al 10 %)

N° di tirocinanti affidati ad avvio del presente tirocinio (compreso il tirocinante per cui è previsto l'avvio del tirocinio): .....

Possesso del DVR (Documento di Valutazione dei Rischi) ☐ Sì ☐ No

RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'AZIENDA PER LA FIRMA DELLA CONVENZIONE:

Nome: ..... Cognome: ..... Nato/a a ..... Prov: .....

il ..... CF: ..... Qualifica: .....

Residente a: ..... Provincia ..... in Via .....n° .....

TUTOR DELL'AZIENDA:

Nome: ..... Cognome: ..... Nato a .....

il ..... Prov: ..... CF: ..... Telefono: .....

e-mail: ..... Livello di inquadramento: .....

N° Anni di esperienza lavorativa: .....

LABA LIBERA ACCADEMIA BELLE ARTI

Esperienze possedute dal tutor aziendale a comprova di adeguatezza allo svolgimento dell'incarico (inerenti al percorso di studi del/la tirocinante):

.....

.....

Ambito di inserimento del tirocinante (settore/reparto/ufficio e descrizione attività che vengono svolte in tale ambito): .....

Attività oggetto del tirocinio (descrivere le attività in oggetto del tirocinio):

.....

.....

.....

Obiettivi formativi (descrizione gli obiettivi che dovranno essere proseguiti durante il tirocinio, in termini di competenze, con riferimento al Quadro Regionale degli Standard Professionali):

.....

.....

.....

Luogo e data .....

Timbro e firma del rappresentante legale dell'azienda

.....