Riepilogo Totale

Impresa

Denominazione

Sede Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. Comune Prov.

Piva Tel Cell

Email PEC

Attivita

Num .Dipendenti

determinato indeterminato

Num. Tirocini in Corso

Num. Tirocini da Attivare

Legale Rappresentante

Cognome Nome C.F

Data di Nascita Comune di nascita

Prov. Stato

Residenza Via n. Comune Prov

Tel Cell

Email PEC

Tirocinio ID

data avvio

Sede operativa Via n. Comune

Prov

Telefono sede operativa

Tutor indicato dall’Ente promotore

Tutor aziendale Qualifica

Responsabile Servizio di prevenzione e protezione

Medico competente

Posizione INAIL posizione n°

Responsabilità civile polizza n°

compagnia

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Orario di accesso ai locali aziendali: | Dalle ore |  | Alle ore |  | Inoccupato |
| Ore settimanali previste | Dalle ore |  | Alle ore |  | Disoccupato |
| Tempi di accesso ai locali aziendali | Dal |  | Al |  | Svantaggiato |
| Periodo di tirocinio N° mesi | Dal |  | Al |  | Handicap |

Giovane ID

Qualifica CPI

Cognome

Nome C.F

Data di Nascita Comune di nascita Prov. Stato

Residenza Via

Comune

Prov

Tel

Cell

Email

IBAN - - - - -

Intestatario

Note