



Unione europea  
Fondo sociale europeo



Ministero del Lavoro  
e delle Politiche Sociali



REGIONE  
LAZIO



garanzia  
giovani



Saip  
Formazione

**SCHEDA AZIENDA (DATI NECESSARI PER PROCEDERE ALL'ISCRIZIONE DELL'AZIENDA AL PORTALE DI GARANZIA GIOVANI)**

Dati del Legale Rappresentante:	Nome e cognome:		C. F.	
	Luogo di nascita:		Data di nascita ____/____/____	
	Telefono mobile:		E-mail:	
Dati dell'IMPRESA	Nome Impresa :			
	Ragione sociale :			
	Azienda comunitaria priva di P.Iva e/o CF italiano		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
	Codice fiscale			
	Partita IVA (ripetere nel caso NON coincida con il codice fiscale dell'azienda)			
	Settore azienda (secondo CP ISTAT, ricavarlo dal sito ISTAT)			
	Attività economica secondo i codici ATECO 2002 (si consiglia di reperire il dato nella visura camerale)		ATECO 2002	ATECO 2007
	Regione della Sede legale impresa			
	Cap	Comune della sede legale impresa		
	Indirizzo completo della sede legale dell'azienda			
	E-mail	Telefono		
	Numero lavoratori subordinati operanti nella sede del tirocinio al momento della sua attivazione		N° ____ ( da 0 a 5 dipendenti potrà ospitare 1 tirocinante; da 6 a 19 - potrà ospitare 2 tirocinanti; oltre 20 - potrà ospitare un numero di tirocinanti pari al 10% dei lavoratori)	
	Licenziamenti negli ultimi 12 mesi per il profilo professionale per cui si intende ospitare il tirocinante		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> si per giusta causa	
	L'azienda ha in corso una procedura di cassa integrazione guadagni		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, ordinaria <input type="checkbox"/> si, straordinaria <input type="checkbox"/> si, in deroga	
L'azienda intende ospitare il tirocinante per		<input type="checkbox"/> ottimizzare la produzione <input type="checkbox"/> sostituire personale in maternità, malattia, ferie		
Durata del tirocinio	<input type="checkbox"/> 3 mesi <input type="checkbox"/> 6 Mesi <input type="checkbox"/> 12 Mesi (Per disabili o soggetti svantaggiati L. 381/91)			
Tipologia richiesta per Tirocinio:	<b>RUOLO</b>		<b>MANSIONE</b>	
	1.			
2.				
Dati Tirocinante	Nome e cognome			
	Luogo e data di nascita			
	Codice fiscale			
	Il tirocinante ha già lavorato in precedenza presso l'azienda		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, dal ____/____/____ al ____/____/____	
Condizioni di svolgimento tirocinio	N° complessivo ore previste dal CCNL:			
	Indirizzo sede di lavoro:			
	Orario di lavoro: (Il tirocinante può fare un minimo di 98 e un max di 140 h)		Impegno settimanale dal ____ al ____ N° di giorni a settimana ____ - Astensione per ferie (se prevista): dal ____ al ____	
Dati del Tutor (massimo di 3 tirocinanti)	Nome e cognome: (Allegare CV firmato in formato PDF)		CF 	
	Luogo di nascita:		Data di nascita ____/____/____	
	Ruolo aziendale		Livello di inquadramento	
	Titolo di studio		Cognome e Nome del Tirocinante	

Il sottoscritto dichiara inoltre di non aver ricevuto da nessuno degli attori coinvolti richieste economiche, ovvero di non aver corrisposto compensi, per l'attivazione dei servizi a valere sul programma "Garanzia Giovani".

FIRMA LEGGIBILE LEGALE RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_