

	  <p style="text-align: center;"><b>SCHEDA FABBISOGNO AZIENDALE</b></p>	 <p style="text-align: center;"><b>UNIONE ARTIGIANI ITALIANI</b></p>
	Mod 02/GG_TI	Rev 0
		Pagina 1 di 1

Dati del Rappresentante Legale									
Nome e Cognome									
Codice Fiscale									
Comune di nascita				Data di nascita					
Recapito telefonico				E-mail					
Dati dell'impresa									
Nome impresa				Ragione sociale					
Codice ATECO			Azienda comunitaria priva di P. Iva e/o CF italiano			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No			
Codice Fiscale									
Partita Iva									
Comune sede legale		Indirizzo sede legale			CAP				
Recapito telefonico				E-mail					
Numero lavoratori subordinati in forza			N° _____	N° _____ lav. Da assumere	N° _____ Tirocinanti da inserire	Mansione richiesta			
Licenziamenti negli ultimi 12 mesi per il profilo professionale per cui si intende ospitare il tirocinante			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, per giusta causa		Tipologia di assunzione		Donne <input type="checkbox"/> Uomini <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> disabili/svantaggiati <input type="checkbox"/> apprendista 29 anni/NASPI <input type="checkbox"/> over 50 <input type="checkbox"/> under 36 <input type="checkbox"/> percettore R.D.C.
Ass. dip. Full-time indeterminato			<input type="checkbox"/> full-time		Ass. dip. Full-time determinato		<input type="checkbox"/> dal _____ al _____		
Ass. dip. part-time indeterminato			<input type="checkbox"/> part-time ore settimanali _____		Ass. dip. Part-time Determinato		<input type="checkbox"/> dal _____ al _____ ore _____		
Dati per l'attivazione del tirocinio									
Durata del tirocinio		<input type="checkbox"/> 6 mesi <input type="checkbox"/> 12 mesi <input type="checkbox"/> 24 mesi (Per disabili o soggetti svantaggiati L. 381/1991)			Indirizzo sede di lavoro				
Orario di apertura locali aziendali		Dalle: _____ Alle: _____			Impegno settimanale (giorni)		Dal: _____ Al: _____ Eventuale chiusura per ferie: _____		
<b>Ruolo</b>					<b>Mansione</b>				
Commessa/o					Addetto/a alle vendite				
<b>Dati del tutor (Può coincidere con il Legale Rappresentante)</b>									
Nome e Cognome									
Codice Fiscale									
Comune di nascita				Data di nascita					
Ruolo aziendale				Titolo di studio					
DATA				FIRMA LEGGIBILE			_____		
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 di assistenza al lavoro.									
FIRMA LEGGIBILE _____									