

	 Unione europea Fondo sociale europeo	 Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali	 UNIONE ARTIGIANI ITALIANI
SCHEDA FABBISOGNO AZIENDALE			
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			☐ SI ☐ 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			☐ SI ☐ No ☐ Sì, per giusta causa		Tipologia di assunzione		Donne ☐ Uomini ☐		☐ disabili/svantaggiati ☐ apprendista 29 anni/NASPI ☐ over 50 ☐ under 36 ☐ percettore R.D.C.	
Ass. dip. Full-time indeterminato			☐ full-time		Ass. dip. Full-time determinato		☐ dal _____ al _____			
Ass. dip. part-time indeterminato			☐ part-time ore settimanali _____		Ass. dip. Part-time Determinato		☐ dal _____ al _____ ore _____			
Dati per l'attivazione del tirocinio										
Durata del tirocinio		☐ 6 mesi ☐ 12 mesi ☐ 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: _____				
Ruolo				Mansione						
Commessa/o				Addetto/a alle vendite						
Dati del tutor (Può coincidere con il Legale Rappresentante)										
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 _____										