

CHECK LIST APPRENDISTATO

SVILUPPO PIANO FORMATIVO

ANAGRAFICA AZIENDALE

Ragione Sociale	
Indirizzo sede Legale	
Recapito telefonico sede Legale	
Indirizzo sede Operativa interessata	
Recapito telefonico sede Operativa	
Settore Attività (Codice Ateco 2007)	
E-mail	
CCNL applicato in Azienda	
Codice CCNL applicato	

DATI RELATIVI AL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'AZIENDA

Nome e Cognome	
Codice fiscale	
Data e luogo di nascita	
Comune e indirizzo di residenza	
Recapito telefonico	Fax:
E-mail	

DATI RELATIVI AL TUTOR AZIENDALE Può essere il datore di lavoro in aziende con meno di 15 dipendenti e/o dipendente con qualifica della formazione da almeno 3 anni

Nome e Cognome	
Codice fiscale	
Data e luogo di nascita	
Titolo d'Istruzione	
Qualifica attuale e livello di inquadramento (se dipendente)	
Attestato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare con una X)
Comune e indirizzo di residenza	
Recapito telefonico	
E-mail	
Anni di esperienza nel settore (anche presso altre aziende)	
Cittadinanza Italiana	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare con una X)
Scadenza del permesso di Soggiorno	(nel caso di Stranieri)

DATI RELATIVI ALL'APPRENDISTA

Nome e cognome	
Codice fiscale	
Data e luogo di nascita	
Comune e indirizzo di residenza	
Cittadinanza italiana	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare con una X)
Scadenza permesso di soggiorno	(nel caso di Stranieri)
Recapito telefonico	Fax:
E-mail	
Titolo di studio posseduto	
Eventuali percorsi di istruzione non conclusi	
Precedenti esperienze lavorative (azienda, qualifica di assunzione e periodo)	
Eventuali periodi di apprendistato già svolti	Qualifica: Dal al (allegare documenti nel caso di cumulabilità)
Formazione extra scolastica compresa quella svolta in apprendistato	
Eventuale possesso di una qualifica professionale (specificare quale)	
Data assunzione	
Durata del contratto di apprendistato	
Livello di inquadramento iniziale	
Livello di inquadramento finale	
Qualifica da conseguire	
Orario di lavoro a tempo pieno (specificare nel dettaglio le giornate lavorative e le relative fasce orarie di lavoro)	
Orario di lavoro a tempo parziale (specificare nel dettaglio le giornate lavorative e le relative fasce orarie di lavoro)	
Centro per l'impiego di riferimento ai sensi del D.lgs 297/2002	

LOCALI A DISPOSIZIONE E MODALIA' DI EROGAZIONE

(Descrivere i locali che si mettono a disposizione per l'erogazione della formazione trasversale ed indicare dove si svolgerà prevalentemente la formazione professionale)

La formazione trasversale verrà svolta nei locali

La formazione tecnico professionale verrà svolta prevalentemente

COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI

Relative all'attività indicata di lavoro (fare una breve descrizione delle fasi lavorative inerenti la formazione del singolo apprendista) conformi al livello riconosciuto in CCNL professionale

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Compilare almeno otto punti

- **La check list va compilata obbligatoriamente in ogni sua parte**
- **Allegare modello UNILAV dell'Apprendista**
- **Va compilata una singola check.list per ogni Apprendista**

Firma Datore di lavoro: _____