**DATI PER L’ATTIVAZIONE DEL BANDO-REWORK**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ditta (ragione sociale)** |  |
| **Sede legale** | **Indirizzo** |  |
| **Cap** |  |
| **Comune** |  | **Prov.** |  |
| **Telefono** |  | **Cellulare** |  |
| **Legale Rappresentante** | Nome e Cognome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| **Persona di contatto per il presente tirocinio** |  |
| **Telefono** |  | **Cellulare** |  |
| **PEC** |  |
| **CODICE UNIVOCO FATTURAZIONE ELETTRONICA** |  |
| **Cod. Fisc/P. IVA** |  |
| **Sede Tirocinio** | **Indirizzo** |  |
| **Cap** |  |
| **Comune** |  | **Prov.** |  |
| **Tutor Aziendale** | Nome |  |
| Cognome |  |
| CF |  |
| P. IVA |  |
| CELLULARE |  |
| Email |  |
| Titolo studio/Qualifica |  |
| Mansione svolta in azienda/Qualifica |  |
| Esperienza professionale nell’ambito | Esperienza professionale documentata in anni nelle attività oggetto del tirocinio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **N. dipendenti a tempo indeterminato (apprendisti esclusi) nella sede del presente tirocinio** |  |
| **N. tirocinanti Presenti nella sede operativa** |  | **N. tirocini attivati dall’impresa negli ultimi 3 anni territorio regionale** |  |
| **N. di tirocinanti a cui si è trasformato il contratto negli ultimi 3 anni** |  |
| **Iscrizione registro imprese** |  | Dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Matricola INPS** |  | **Matricola INAIL** |  |
| **Posizione INAIL** | Pat. N.  |
| **POLIZZA RC****(es: AXA Assicurazioni polizza n. 172077)** |  |
| **Settore:****(es. Commercio all’ingrosso di medicinali)** |  | **Cod. ATECO****Es: 46 46 10** |  |
| **CCNL APPLICATO** |  | (es: Commercio) |
| **Figura professionale di inquadramento del tirocinante****(es: Magazziniere)** |  |
| **Svolgimento e durata Tirocinio**(es.:40 ore settimanali così distribuite:Da lunedì al venerdì dalle ore 08,30 alle ore 13,00 e dalle ore 15,30 alle ore 18,30 Sabato dalle ore 9,00 alle ore 11,30) |  |
| **Durata in mesi** | Indicare numero mesi (minimo 2 massimo 4) |
| **Nominativo del Tirocinante****(FACOLTATIVO: da compilare solo se si conosce qualche iscritto al Bando Re-Work e si vuole provare un matching)** | Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Recapiti: Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Con la presente la scrivente azienda,

**DELEGA**

Innovazione Terziario Scarl e Università dei Sapori Scarl, in qualità di soggetti Promotori di tirocinio ai sensi della D.G.R. 597 del 26/5/14 art. 3, ad operare nell’ambito del Bando Re- Work della Regione Umbria, in nome e per conto dell'azienda da me rappresentata, e a tal fine consapevole che tutte le dichiarazioni rese ed i dati inseriti dagli interessati attraverso la piattaforma (https://catalogotirocini.regione.umbria.it), in qualunque sezione della medesima, sono rese, sottoscritte, validate e trasmesse in via telematica ai sensi degli articoli 45, 46 e 47 del D.P.R. nr 445/2000 unitamente a fotocopia del documento di identità in corso di validità del titolare/legale rappresentante. Si dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. nel caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/00 e successive modificazioni e consapevole delle sanzioni penali previste all’art. 76 del medesimo nel caso di dichiarazioni mendaci

1) di essere soggetto Ospitante ai sensi dell’art. 4 comma 1 della Direttiva di attuazione dei tirocini extracurriculari approvata con **DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE NR. 202 DEL 25/02/2019** e s.m.i. (di seguito “Direttiva”);

3) di essere titolare delle sedi inserite nell’anagrafica nelle quali saranno svolti i tirocini;

4) il NUMERO DEI DIPENDENTI a tempo indeterminato, compresi i lavoratori assunti con contratto di apprendistato, occupati presso ogni sede inserita nell’anagrafica;

5) di essere in regola con la normativa in materia di diritto del lavoro delle persone con disabilità ai sensi della L. 68/99 e s.m.i.;

6) di essere consapevole degli obblighi e compiti del Soggetto ospitante previsti dalla Direttiva non rivestire, per lo stesso tirocinio, anche la qualità di Soggetto Promotore.

**SI IMPEGNA** altresì:

1. ad essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, con l'applicazione dei contratti e degli accordi collettivi di lavoro;
2. ad essere in regola con la normativa HACCP, ove richiesto.

**ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D’IDENTITA’ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE IN CORSO DI VALIDITA’**

Luogo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro e Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La presente scheda dovrà essere inviata ai seguenti contatti:

**Università dei Sapori e Innovazione Terziario – ITER**

**075/5739935 – 075/518491**

**info@serviziolavoro.eu**

Serenella Benedetti: s.benedetti@universitadeisapori.it

Elena Pianigiani: e.pianigiani@universitadeisapori.it

**Confcommercio Umbria -** Laura Rossi – tirocini@confcommercio.umbria.it

075/506711