

Al Centro per l'Impiego di.....

Via

COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE APPRENDISTA (comprensiva dei dati del modello C/ASS e dei dati sul tutore ex D.M. 7/10/99)

Da presentare entro 5 giorni dall'assunzione. I dati relativi al tutore (quadro D) possono essere presentati successivamente, ma comunque non oltre i 30 giorni dalla data di assunzione, omettendo di compilare le informazioni dei quadri A, B, C già trasmesse, ad eccezione di quelle in grassetto sottolineato, che vanno indicate comunque.

Ai sensi dell'art. 10 della Legge 31.12.96 n.675 recante disposizioni a "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", si informa che i dati trattati nel presente modulo formeranno oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopraindicata, per la programmazione e gestione degli interventi di politica del lavoro e formazione della Regione Veneto.

(A) DATORE DI LAVORO azienda artigiana

C.F.

P. IVA

codice Istat (Ateco 91) **settore di attività**

sede legale in Prov. **via**

tel. fax

luogo di svolgimento del lavoro

via tel. fax

n° dipendenti di cui: apprendisti n° CFL n°

(B) APPRENDISTA **Cognome** **Nome**

C.F. sesso M F cittadinanza

nato a il residenza/domicilio

Prov. **via** telefono

iscritto nelle liste di collocamento o mobilità del Centro per l'Impiego di

dal iscritto nel libro matricola al numero d'ordine

data di assunzione CCNL applicato(1)

liv. inquadramento qualifica da conseguire

Mansioni da svolgere

Durata del rapporto di apprendistato (in mesi)

a tempo pieno

a tempo parziale (ore) settimanali mensili annue

autorizzazione n° del del Servizio Ispezioni del Lavoro della Direzione Provinciale del

Lavoro di

visita medica effettuata il con esito

Trattamento economico e normativo convenuto (da compilare solo se il datore di lavoro non applica il CCNL)

retribuzione mensile ore di lavoro settimanale (n° ore)

ferie retribuite n° giorni preavviso di licenziamento n° giorni

(C) TITOLO DI STUDIO PIÙ ELEVATO DELL'APPRENDISTA *precisare* *anno*

- | | | | | | |
|--------------------------|---|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Obbligo | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Attestato di Qualifica (CFP) | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Diploma di Qualifica (IPS) | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Diploma di Scuola Media Superiore | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Diploma universitario | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Laurea | | | | |
- Ulteriori percorsi di formazione:
- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Corsi post Diploma | n° ore | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Altri | n° ore | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

(D) TUTORE

Cognome Nome

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Titolare d'impresa

esperienza lavorativa nel settore (in anni) livello inquadramento

qualifica

- Allegati* attestato di disoccupazione (mod C/1)
- copia permesso di soggiorno
- altro

timbro e firma della ditta

firma del Consulente del Lavoro o altro soggetto abilitato
(solo per chi presenta la comunicazione tramite i soggetti di cui all'art. 9 bis comma 6 della Legge n° 608/96)

data

(1) La casella va barrata solo se il datore di lavoro non applica il CCNL, in tal caso vanno compilate le informazioni relative al TRATTAMENTO ECONOMICO E NORMATIVO CONVENUTO.