

ALLEGATO B

(articolo 3, comma 1 del regolamento regionale di attuazione della legge regionale
10 agosto 2006, n. 9 "Disposizioni in materia di formazione nell'apprendistato")

Titolo di studio:

- Nessun titolo di studio / Licenza elementare
- Licenza media
- Qualifica professionale (2 0 3 anni) (*specificare*) _____
- Diploma di maturità/scuola secondaria superiore (*specificare*) _____
- Laurea o altro titolo universitario (*specificare*) _____

Altre esperienze formative

Altri corsi frequentati e conclusi (corsi regionali, finanziati dal FSE, scuole di specializzazione, centri privati, altro) con il rilascio di un attestato e/o certificazione

(denominazione) _____ Durata in ore |__|__|
(denominazione) _____ Durata in ore |__|__|

Precedenti esperienze lavorative (a partire dalla più recente)

(Qualifica di assunzione) _____ Durata del rapporto di lavoro (in mesi) |__|__| Contratto di apprendistato
sì no

(Qualifica di assunzione) _____ Durata del rapporto di lavoro (in mesi) |__|__| Contratto di apprendistato
sì no

DATI CONTRATTUALI

Data inizio rapporto di lavoro |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Data scadenza contratto |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Contratto collettivo applicato _____

Durata del contratto di apprendistato (in mesi) _____

A tempo pieno

A tempo parziale: n. ore: _____ settimanali
mensili
annue

Livello iniziale d'inquadramento _____ Livello d'inquadramento di destinazione _____

Qualifica/ qualificazione da conseguire _____

Attività svolta (compiti e mansioni affidate all'apprendista) _____

ALLEGATO B

(articolo 3, comma 1 del regolamento regionale di attuazione della legge regionale
10 agosto 2006, n. 9 "Disposizioni in materia di formazione nell'apprendistato")

PIANO DI FORMAZIONE PER LA _____ ANNUALITÀ

(da predisporre annualmente e allegare al contratto di apprendistato)

Competenze di base e trasversali

Soggetto attuatore _____

Indirizzo della sede: _____.

Titolo del modulo _____

Data di avvio: _____

Durata in ore: _____

Competenze professionali di settore

Soggetto attuatore _____

Indirizzo della sede: _____.

Titolo del modulo _____

Data di avvio: _____

Durata in ore: _____

Competenze professionali specialistiche

l'azienda non ha dichiarato la capacità formativa

Soggetto attuatore _____

Indirizzo della sede: _____.

Titolo del modulo _____

Data di avvio: _____

Durata in ore: _____

l'azienda ha dichiarato la capacità formativa

Titolo del modulo e Contenuti	Durata	Formatori	Calendario

Sede in cui si svolge la formazione: _____

FORMAZIONE NON FORMALE

(Indicare obiettivi e contenuti)

(Luogo e data) _____, li _____

Timbro e firma del legale rappresentante _____

Firma dell'apprendista _____