All'Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale Ufficio Job Placement e Trasferimento tecnologico

inviare via e-mail a : <u>jobplacement@unicas.it</u>

<u>v.capraro@unicas.it</u>

Accesso ai servizi del *Placement* universitario

	Accesso at set	VIZI dei i lacement	universitari	U	
Denominazione Azienda		n°	n° registro imprese		
con se	ede nel Comune di			Prov.	()
Via/Pi	azza		n	CAP	
Tel	Fax	E-	mail		
Codic	e fiscale	Partita IVA			
Attivita	à economica – codice ATECO				
Iscrizi	one Albo: SI□ NO□ Tipologia Albo _				
N. iscr	rizione	Data iscrizio	ne		
□Azie	enda □Associazione □Studio professi	onale □Altro			
Legale	e Rappresentante	nato/a			
Prov.	() il/	CF	reside		
	() Via/Piazza			CAP	
	chie	ede di poter:			
□ <u>at</u> t	tivare una convenzione per tirocini fo	ormativi e di orient	amento pos	<u>t-lauream</u>	
A tal fi	ne dichiara la dimensione dell'unità ope	erativa di inseriment	o del tirocina	ınte:	
0	non più di 5 dipendenti a tempo indeterminato e determinato purché la data di attivazione del contratto sia anteriore alla data di attivazione del tirocinio (Indicare il numero esatto di: contratti a tempo indeterminato)				
0	tra 6 e 20 dipendenti a tempo indeter contratto sia anteriore alla data di a contratti a tempo indeterminato	attivazione del tiroci	nio (Indicare	il numero	
0	21 o più dipendenti a tempo indetern contratto sia anteriore alla data di a contratti a tempo indeterminato	attivazione del tiroci	nio (Indicare	il numero	

0	Soci presenti (Indicare il numero esatto di: contratti a tempo indeterminato)					
0	di essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e con la normativa di cui alla legge n. 68 del 1999 e successive modifiche;					
0	di NON aver effettuato licenziamenti nei 12 mesi precedenti all'attivazione del tirocinio formativo;					
0	di aver effettuato licenziamenti nei 12 mesi precedenti all'attivazione del tirocinio formativo per i seguenti motivi: ☐ giusta causa; ☐giustificato motivo ☐ specifici accordi sindacali con le organizzazioni territoriali più rappresentative ☐ altro (specificare motivazione)					
0	di NON avere procedure di CIG straordinaria o in deroga in corso per attività equivalenti a quelle del tirocinio, nella medesima unità operativa;					
0	NEL CASO DI AZIENDA MULTILOCALIZZATA con sede legale o sede operativa fuori regione, comunica di voler utilizzare la normativa in materia di tirocini formativi e di orientamento <i>post-lauream</i> attuata dalla Regione					
Tirocinio formativo post lauream						
0	☐ Pubblicare un annuncio per la ricerca di tirocinanti:					
	oppure					
0	Attivare il tirocinio con il/la Dott/Dott.ssa					
Area o	di inserimento lavorativo:					
Durata	a tirocinio: (non inferiore a 2 mesi): mesi n.					
Dal	al					
Durata	a tirocinio:					
Sede	di lavoro:					
Numero di ore settimanali da svolgere:						
Orario giornaliero:						
Indennità mensile (EURO):						
Breve descrizione dell'obiettivo formativo del tirocinio:						
Area d	di inserimento lavorativo:					
Area professionale di riferimento - Codice ISTAT (vedi link)¹:						
1						

Tempi di accesso ai locali aziendali: (indicare giorni della settimana):						
Tutor aziendale:						
Rimborso spese mensili (EURO):						
Altre facilitazioni :						
Scadenza candidature :						
Dichiaro che il/la laureato/a prescelto non ha avuto rapporti di lavoro, collaborazioni o incarichi						
(prestazioni di servizio) con questa azienda negli ultimi due anni (salvo i casi previsti ai cc. 3 e 4						
dell'art 7 dell'allegato A - DGR Lazio del 09/08/2017 n. 533.						
Data	Firma del Titolare					

Orario settimanale previsto dal CCNL di riferimento:

- 1) Allegare fotocopia del documento di identità del titolare o del legale rappresentante
- 2) Allegare breve CV formato PDF del tutor aziendale corredato di Codice Fiscale

Autorizzo al trattamento dei dati personali per gli obblighi di pubblicità, trasparenza e di diffusione delle informazioni ai sensi del GDPR (Regolamento UE 2016/79) e del Decreto Legislativo n.101/2018.