

COMUNICAZIONE DI ATTIVAZIONE TIROCINIO PRESSO NOSTRI SERVIZI

Da far pervenire all'Ufficio Paghe **entro e non oltre 3 giorni** lavorativi **prima** della data di inizio del tirocinio

- Stage/tirocinio curricolare di formazione e orientamento (escluso educatori ex-interfacoltà)
- Stage/tirocinio extra curricolare di formazione e orientamento
- Stage/tirocinio extra curricolare di inserimento/reinserimento lavorativo

Cognome e Nome			
Data e luogo di nascita			
Codice Fiscale			
Residenza			
Domicilio			
Telefono		E-mail	
Titolo di studio			
Nome servizio che ospita il tirocinio			
C/Costo n.		Indirizzo del servizio	
Ente promotore del tirocinio			
Convenzione con Ente promotore	<input type="checkbox"/> in allegato <input type="checkbox"/> presente sul sito www.coopfrassati.com/pgftirocini al n° ____/20____		
Data avvio tirocinio		Data fine tirocinio	
Totale ore tirocinio			
Posizione INAIL: <input type="checkbox"/> a carico della Cooperativa <input type="checkbox"/> a carico di altro soggetto		RC a carico della Cooperativa	
Mansione del tirocinante			
Nome e cognome tutor			
Note			

Compilare solo se prevista indennità di partecipazione o compenso a carico della Cooperativa Frassati

Indennità – compenso	€ _____ (specificare se al mese o all'ora o) _____
Monte ore settim. medio	
Posizione INAIL n° _____	(compilare solo se a carico di altro soggetto)

PRIMA DELL'AVVIO DEL TIROCINIO, IL TIROCINANTE DEVE RECARSÌ ALL'UFFICIO PAGHE PORTANDO UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ' E IL SUO CODICE FISCALE

(su appuntamento comunicato telefonicamente al tirocinante dall'Ufficio Paghe)

Data di compilazione scheda _____

Il Tutor o il Coordinatore _____

Parte 2. (da compilare durante l'appuntamento con l'Ufficio Paghe)

Il sottoscritto _____ dichiara di essere stato informato che è suo obbligo:

- prendere visione dei seguenti documenti a sua disposizione presso il servizio in cui svolgerà il suo tirocinio:
 - Valutazione del rischio relativa alla sede di svolgimento del servizio, rispettando eventuali profilassi indicate e quanto richiesto in merito ad attenzione in caso di rischi specifici presenti e relativo utilizzo di DPI in base alle mansioni da lei svolte;
 - Valutazione del rischio per le lavoratrici gestanti e puerpere;
 - Piano di Emergenza (ove previsto) o procedure di emergenza adottate dal servizio;
- prendere visione dell'informativa sui rischi generici e della circolare sull'abuso di alcool e stupefacenti scaricabili nella pagina protetta www.coopfrassati.com/documentitirocinanti
- accettare la Sua designazione quale persona autorizzata al trattamento dei dati (Tirocinanti) ai sensi del Regolamento UE 679/2016, visionando e attenendosi a quanto indicato nei seguenti documenti scaricabili nella pagina protetta www.coopfrassati.com/documentitirocinanti: lettera designazione persona autorizzata – tirocinanti, Mansionario Incarichi Privacy (in particolare: "Istruzioni Impartite dal Titolare/Responsabile" e trattamento dati area "Tirocinanti")
- comunicare immediatamente, in caso di infortunio sul luogo di tirocinio, al suo tutor e al Responsabile del Servizio l'avvenuto infortunio, nonché far pervenire entro 24 ore la eventuale documentazione relativa all'infortunio

Data _____ Firma del tirocinante _____
(per accettazione e ricevuta)