



Servizi formativi per l'Apprendistato



Allegato A

---

---

## ATTIVITA' FORMATIVE PER APPRENDISTI

Richiesta di preiscrizione ai corsi di formazione esterna per apprendisti  
ai sensi dell'art. 16 legge 169/97 e dell'art. 49 D.lgs 276/2003

---

---

All'agenzia formativa / ATS, .....

il sottoscritto (cognome, nome) .....

in qualità di  legale rappresentante

titolare

dell'impresa (denominazione impresa) .....

richiedere di prescrivere l'apprendista (cognome, nome) .....

**assunto con contratto di apprendistato della durata di:**

mesi .....data assunzione.....data termine contratto .....

alla  1<sup>a</sup> annualità  2<sup>a</sup> annualità  3<sup>a</sup> e successive annualità

**di un corso di formazione esterna per apprendisti della durata di:**

120 ore

42 ore, in quanto l'impresa autocertificata con parziale capacità formativa

Data, .....

Firma e timbro dell'azienda

.....



## APPRENDISTATO - MODELLO DI PRE-ISCRIZIONE

**RICHIESTA DI PRE-ISCRIZIONE PER:** I dati richiesti verranno trattati nel rispetto della legge 196/03

Anno Formativo / / /  Annualità

Responsabile Della Pre-Iscrizione

Nome .....

Indirizzo Sede Legale.....

Area  (preferenziale)

Fascia di appartenenza dell'Apprendista da pre-iscrivere: Fascia1  Fascia2  Fascia3

F1 = apprendisti con meno di 18 anni e privi di titolo di studio F2 = apprendisti con piu' di 18 anni e privi di titolo di studio  
F3 = apprendisti in possesso di titolo di studio superiore o di qualifica professionale

Riferimento contrattuale dell'apprendista da pre-iscrivere

Art. 16 L 196/97  Art. 48 DLGS 276/03  Art. 49 DLGS 276/03  Art. 50 DLGS 276/03

### ESTREMI AZIENDA RICHIEDENTE

Ragione Sociale

Codice Fiscale / Partita IVA

**Località di impiego del lavoratore:**

Comune

Indirizzo  C.A.P.

Telefono /  Fax /

e-mail .....

Nominativo di riferim.

Timbro e Firma Azienda

.....addì.....

### ESTREMI APPRENDISTA

Cognome

Nome

Codice Fiscale  nato/a il / /

Genere (M/F)  Cittadinanza .....

Luogo di nascita ..... Sigla Prov.

Comune di residenza

Indirizzo

C.A.P.  Telefono /

Titolo di studio .....

Contratto collettivo di riferimento .....

### ESTREMI DELL'AVVIAMENTO

Data di assunzione / /  Mesi Durata del Contratto  |  |

Data di ricevimento dell'offerta formativa / /

Qualifica da conseguire .....

Eventuale Data di Annullamento / /

### DATI DEL TUTOR:

Cognome

Nome

Codice Fiscale  Titolare si  no

