

MODULO DI ADESIONE AL PROGETTO DI ALTERNANZA SCUOLA LAVORO

Il/La sottoscritto/a
in qualità di: titolare / legale rappresentante / amministratore / direttore /

D I C H I A R A

che la propria azienda /l'ente
con sede in (.....),

- presa visione del progetto di alternanza scuola lavoro dell'Istituto Ruffini-Aicardi
- approva il progetto in ogni sua parte
- aderisce al progetto stesso
- si propone di operare nel rispetto dei limiti quantitativi derivanti dall'organico aziendale e allo stesso correlati
- intende ospitare n° _____ studenti da accogliere nei seguenti reparti / nella seguente struttura:
.....
- **DAL** _____ **AL** _____

L'azienda ospitante si impegna (*barrare le voci che occorrono*):

- a fornire vitto per tutto il periodo di presenza in azienda all'allievo/a in a.s.l., senza oneri per quest'ultimo;
- a fornire vitto e alloggio per tutto il periodo di presenza in azienda all'allievo/a in a.s.l., senza oneri per quest'ultimo;
- a riconoscere all'allievo/a in a.s.l. un rimborso spese settimanale e/o mensile, parametrato e non inferiore a quanto previsto in materia di tirocinio nell'ambito regionale di appartenenza del soggetto ospitante

L'azienda ospitante individua sin d'ora come referente aziendale, incaricato di seguire questa attività e che potrà essere contattato, il/la Sig./Sig.ra
ruolo ricoperto in azienda:
tel. / email

Al fine di consentire la predisposizione della convenzione, nella pagina successiva si riportano i dati aziendali aggiornati nonché quelli del legale rappresentante (per i soggetti REA come presenti sul Registro Imprese).

..... (luogo e data) (timbro dell'azienda e firma del responsabile)
-------------------------	---

da far pervenire all'Istituto Ruffini-Aicardi a cura dell'azienda / ente ospitante

recapito fax: +39 0184 461083 – email: imis00400l@istruzione.it

DATI AZIENDALI SOGGETTO OSPITANTE

Denominazione / Ragione sociale		
Indirizzo sede legale (Via - Città –CAP – provincia)		
Codice fiscale	Partita IVA	Numero REA
Titolare / Legale rappresentante	Cognome	Nome
Luogo di nascita	Data di nascita	Provincia di Nascita
Codice fiscale		
Residenza / Domicilio (Via - Città –CAP – provincia)		

Eventuale indicazione di studenti con i quali ha preso contatto:

Classe / Corso	Cognome	Nome

da far pervenire all'Istituto Ruffini-Aicardi a cura dell'azienda / ente ospitante

recapito fax: +39 0184 461083 – email: imis00400l@istruzione.it