SCHEDA DI DISPONIBILITÀ

**L’Azienda è interessata all’ ASL (Alternanza scuola lavoro)? sì**  **no** 

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Alunni che vi hanno già contattato: |  | SI | NO |

Periodi proposti dall’Istituto per eventuali altri alunni (*indicare periodo e numero di allievi che siete disposti ad ospitare*):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dal **16/1/2017 al 28/1/2017** | **sì**  | **no**  | n. allievi \_\_\_\_\_\_\_ |
| Dal **13/2/2017 al 4/3/2017** | **sì**  | **no**  | n. allievi \_\_\_\_\_\_\_ |
| Dal **29/5/2017 al 17/6/2017** | **sì**  | **no**  | n. allievi \_\_\_\_\_\_\_ |
| Dal **28/8/2017 al 23/9/2017** | **sì**  | **no**  | n. allievi \_\_\_\_\_\_\_ |

*Si chiede cortesemente di completare/modificare/integrare i dati sottostanti.*

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione azienda: |  |
| Sede legale | Via e n° civico: |  |
| C.A.P. e città: |  |
| Sede del tirocinio (*se diversa*): |  |
| Cod. Fisc. / Partita I.V.A.: |  |
| Tel.: | Fax:  | e-mail:  |
| Rappresentante legale: |  |
| Nato a:  | il:  |
| Tutor aziendale:  |
| Orario di lavoro: |  |
| Orario di accesso ai locali |  |
| Eventuali annotazioni: |

|  |  |
| --- | --- |
| Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Timbro Azienda e Firma del responsabile  |

Da restituire entro il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

via fax al numero 0438-64729 oppure

via mail all’indirizzo: [asldacollo@gmail.com](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5CAdministrator%5CImpostazioni%20locali%5CTemp%5Casldacollo%40gmail.com)

Ricordiamo che, in alternativa, è possibile compilare digitalmente il presente modulo all’indirizzo:

<http://www.dacollo.gov.it/limesurvey/index.php/851537?lang=it>