



COMUNICAZIONE TRASFERTA TIROCINANTE

da inviare 24 ore prima della trasferta tramite fax all'ufficio di competenza

Milano 02.58430690 – Roma 06.4451278 – Varese 0332.214865 – Palermo 091.6260522

POSIZIONE INAIL ACTL – SPORTELLLO STAGE: 06367610/79 (MI/VA) – 90456979/39 (RM / PA)

AZIENDA OSPITANTE DEL TIROCINIO : _____

NOME E COGNOME TIROCINANTE: _____

CODICE FISCALE TIROCINANTE: _____

TRASFERTA/E PREVISTA/E dal giorno _____ al giorno _____

SEDE TRASFERTA
(nome azienda - indirizzo completo – città): _____

ORARI di stage previsti in TRASFERTA dalle ore _____ alle ore _____

Il viaggio di andata e ritorno dalla sede della trasferta sarà effettuato in
(specificare treno, auto, aereo, ecc.) _____

NOMINATIVO REFERENTE AZIENDALE: _____

TELEFONO E EMAIL DEL REFERENTE AZIENDALE IN TRASFERTA : _____

DATA

FIRMA E TIMBRO AZIENDA OSPITANTE

FIRMA TIROCINANTE
