

CONDIZIONE PROFESSIONALE

OCCUPATO/A

presso l'Azienda _____ Dal _____

Indirizzo Azienda _____ Comune _____ :

Telefono _____ E-mail _____

**allegare busta paga
in FORMATO PDF**

Ruolo aziendale

<input type="checkbox"/> Agente	<input type="checkbox"/> Coadiuvante PMI	<input type="checkbox"/> Funzionario della Pubblica Amministrazione
<input type="checkbox"/> Impiegato in ruoli esecutivi e/o privo di livello di qualificazione di base in ambito privato e pubblico	<input type="checkbox"/> Impiegato in ruoli intermedi o in ruoli di responsabilità e/o funzioni specialistiche in ambito privato e pubblico	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo titolare di partita Iva non iscritto al registro delle imprese né a collegio/ordine
<input type="checkbox"/> Operatore di agenzia formativa e/o di soggetto accreditato per i servizi al lavoro	<input type="checkbox"/> Professionista iscritto al relativo collegio/ordine	<input type="checkbox"/> Quadro e dirigente privato e pubblico
<input type="checkbox"/> Titolare e amministratore di PMI		

Tipologia Azienda

<input type="checkbox"/> Privata	<input type="checkbox"/> Pubblica
----------------------------------	-----------------------------------

Classe dimensionale aziendale

<input type="checkbox"/> 1-9	<input type="checkbox"/> 15-49	<input type="checkbox"/> 250-499
<input type="checkbox"/> 10-14	<input type="checkbox"/> 50-249	<input type="checkbox"/> 500 e oltre

Tipologia contrattuale

<input type="checkbox"/> Contratto a tempo determinato	<input type="checkbox"/> Contratto di apprendistato	<input type="checkbox"/> Contratto di lavoro intermittente
<input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato	<input type="checkbox"/> Contratto di lavoro a tempo parziale	<input type="checkbox"/> Contratto di collaborazione organizzata dal committente
<input type="checkbox"/> Contratto di somministrazione	<input type="checkbox"/> Lavoratore percettore di ammortizzatore sociale	

TRAMITE QUALE CANALE INFORMATIVO E' VENUTO/A A CONOSCENZA DEL CORSO?

<input type="checkbox"/> Sito Cooperativa O.R.SO.
<input type="checkbox"/> E-mail
<input type="checkbox"/> Motore di ricerca (indicare quale)
<input type="checkbox"/> Brochure
<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/>



Firma.....

In caso di voucher aziendale, timbro e firma dell'azienda:

Liberatoria trattamento dati: Dlgs. 196/03 – Tutela della Privacy. I dati richiesti saranno trattati in forma automatizzata al solo fine di prestare il servizio in oggetto a cura O.R.SO. Chi è interessato potrà esercitare i diritti di cui all'articolo 13 accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc, rivolgendosi al Responsabile O.R.SO. del trattamento dei dati personali

Data.....

Firma.....