

ML 2-03

Formazione complementare

Modulo da allegare al contratto di tirocinio nel caso di formazione complementare in altra azienda

1. Persona in formazione

Cognome e nome ☐ M ☐ F
Indirizzo
CAP Domicilio
Data di nascita Telefono

2. Professione

.....

3. Azienda di tirocinio primaria

Ragione sociale Telefono
Indirizzo
CAP Domicilio

4. Azienda per la formazione complementare

Ragione sociale Telefono
Indirizzo
CAP Domicilio

Durata del periodo di formazione complementare dal al

La formazione durante questo periodo sarà fatta con i seguenti obiettivi del Regolamento/Ordinanza:

.....
.....
.....

Formatore

Cognome e nome
Qualifica formatore

Retribuzione, deduzioni, indennità e assicurazione sono regolate:

- ☐ dall'azienda di tirocinio primaria
☐ dall'azienda di formazione complementare

Timbro e visto dell'azienda presso la quale viene svolta la formazione complementare

L'autorità cantonale approva il seguente accordo