

## Delega per l'iscrizione al Registro dell'Alternanza Scuola Lavoro

Il sottoscritto (cognome - nome): \_\_\_\_\_

Cod.Fisc.: \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante/titolare dell'impresa: \_\_\_\_\_

PI/Cod.Fisc. impresa: \_\_\_\_\_

### DELEGA

il Conservatore della Camera di Commercio di Varese per l'esecuzione delle formalità di iscrizione della succitata impresa al Registro dell'Alternanza Scuola-Lavoro di cui all'art. 1 comma 41 della legge 107/2015.

*La sottoscrizione del presente modulo costituisce anche dichiarazione di ricevimento dell'informativa di cui all'art. 13 d.lgs 196/2003 nonché consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati nel rispetto dei diritti secondo le disposizioni vigenti.*

Luogo e data.....

Timbro e firma autografa del Legale rappresentante

\_\_\_\_\_

-----  
ALLEGARE ALLA PRATICA TELEMATICA DI RICHIESTA CONTRIBUTI O

**INVIARE ALL'INDIRIZZO PEC DELLA CAMERA DI COMMERCIO DI VARESE:**

protocollo.va@va.legalmail.camcom.it

- IL PRESENTE MODELLO DI DELEGA, COMPILATO, SOTTOSCRITTO CON FIRMA AUTOGRAFA E SCANSIONATO;
- COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL FIRMATARIO IN CORSO DI VALIDITA';
- SCHEDA DATI ALTERNANZA (VEDI ALLEGATO) DEBITAMENTE COMPILATA IN TUTTE LE PARTI, nel caso in cui si chieda il caricamento dei dati e la conseguente pubblicazione con firma del conservatore.

**SCHEDA DATI ALTERNANZA** Alternanza Scuola-lavoro

Numero massimo di studenti da inserire in azienda: N. ....

 Apprendistato

Numero massimo di apprendisti da inserire in azienda: N. ....

**REQUISITI DEL SOGGETTO OSPITANTE**

	<b>DESCRIZIONE</b>
<b>CAPACITA' STRUTTURALI:</b> spazi adeguati per consentire l'esercizio delle attività previste in alternanza e in caso di studenti con disabilità, il superamento o abbattimento delle eventuali barriere architettoniche.	
<b>CAPACITA' TECNOLOGICHE:</b> disponibilità di attrezzature idonee all'esercizio delle attività previste nella convenzione in sicurezza.	
<b>CAPACITA' ORGANIZZATIVE:</b> adeguate competenze professionali per la realizzazione delle attività.	
<b>COLLABORAZIONE CON ALTRI OPERATORI</b> con cui sono stati attivati percorsi di alternanza	

**DATI DI CONTATTO**

Nome e Cognome del contatto aziendale (obbligatorio):

Tel: E-mail (obbligatorio):

Sito internet: PEC:

Compilare i riquadri seguenti per ogni figura professionale da inserire in alternanza:

**FIGURA PROFESSIONALE:** .....

*secondo la classificazione Istat CP2011(<http://cp2011.istat.it/>)*

N° STUDENTI DA OSPITARE	
PERIODO IN CUI OSPITARE	DAL ..... AL .....
SEDE DI SVOLGIMENTO DELL'ALTERNANZA: <i>indirizzo completo.</i>	
ATTIVITÀ CHE SARÀ SVOLTA DALLO STUDENTE	

**FIGURA PROFESSIONALE:** .....

*secondo la classificazione Istat CP2011(<http://cp2011.istat.it/>)*

N° STUDENTI DA OSPITARE	
PERIODO IN CUI OSPITARE	DAL ..... AL .....
SEDE DI SVOLGIMENTO DELL'ALTERNANZA: <i>indirizzo completo.</i>	
ATTIVITÀ CHE SARÀ SVOLTA DALLO STUDENTE	

**FIGURA PROFESSIONALE:** .....

*secondo la classificazione Istat CP2011(<http://cp2011.istat.it/>)*

N° STUDENTI DA OSPITARE	
PERIODO IN CUI OSPITARE	DAL ..... AL .....
SEDE DI SVOLGIMENTO DELL'ALTERNANZA: <i>indirizzo completo.</i>	
ATTIVITÀ CHE SARÀ SVOLTA DALLO STUDENTE	