TIROCINI FORMATIVI

Dati per l'assolvimento obbligo assicurativo INAIL e determinazione del relativo premio

NR. P.A.T. INAIL di riferimento: _____

Lavorazione principale dell' azienda ospitante / mansioni principali svolte dai tirocinanti	**Attrezzature principali utilizzate dai tirocinanti**

Sede del tirocinio	**Azienda ospitante**	**Nominativo del tirocinante**	**Periodo del tirocinio**		
(Comune)	*(Ragione sociale)*	*(Cognome e nome)*	*Dal*	*Al*	*Nr. giorni*
				Totali	

DATA _____ TIMBRO E FIRMA _____