**DATI ANAGRAFICI AZIENDALI**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione  | ………………………………. Azienda aggregata SDI *** Azienda non aggregata SDI*** |
|  |
| Indirizzo SEDE LEGALE  | Piazza/Via |
|  |
| CAP | 16100 |
|  |
| Città | GENOVA |
|  |
| Stato  | ITALIA |
|  |
|  |
| Attività economica | ………………………… | Codice attività ATECO 00.00.0 |   |
| Ccnl applicato COMMERCIO, TERZIARIO |
| Telefono 010.1111111 Fax 010.1111111 |
|  |
| e-mail  | info@azienda.it |
| PEC |
| Legale Rappresentante :  | Mario Rossi |

Disponibilità firma digitale  ***S***I NO

Referente aziendale: Paolo Bianchi

|  |  |
| --- | --- |
| SEDE OPERATIVA (IDEM COME SOPRA) |   |
|  |
| Città |  |  |  |
|  |
| C.A.P .  |  |
|  |
| Indirizzo  |  |
|  |
| Telefono Fax  |
|  |
| e-mail |  |
|  |  |
|  |  |

**ALTRI DATI AZIENDALI**

Dimensione dell’Impresa (secondo classificazione U.E): micro impresa

**micro impresa**  piccola ****** media  **** grande 

(**fino a 9 dip)**  *(fino a 49 dip)* (fino a 250 dip) (oltre 250 dip)

N° Dipendenti : 9

N° Operai: 3 N° Impiegati: 5 N° Quadri: 0 Apprendisti: N.1

N° Uomini : 7 N° Donne : 2

N° assunzioni effettive negli ultimi 12 mesi: …..
N° assunzioni previste entro 6 mesi: …………… entro 12 mesi: ….

Funzione: Uomini Donne  ***Indifferente***

Tipo di assunzione:

* + Apprendistat*o*
* Tempo determinato FT
* Tempo indeterminato FT
* Tempo determinato PT
* Tempo indeterminato PT
* Altri

**QUESTIONARIO**

Negli ultimi 12 mesi i suoi dipendenti hanno effettuato corsi di formazione?  ***SI***  NO

Se SI:

N° persone: 2 N° ore: 16 Argomento: Sicurezza

(Da ripetere per ogni corso svolto)

Che cosa pensa della formazione ottenuta? E’ stata efficace?

***………………………………………………………………………………………….***

Avete programmato investimenti e spese che potranno avere ricadut3e a livello formativo nei prossimi mesi?

………………………………………………………………………………………..

Nei prossimi 12 mesi avrete bisogno di effettuare formazione ai vostri dipendenti?  ***S***I NO

Che cosa si aspetta dalla formazione che intende erogare? Obiettivi da raggiungere?

…………………………………………………………

Sareste disposti a formare, presso la vostra azienda, un allievo in stage?:

* **SI**  NO

 in tirocinio?:  SI  NO

Di quali profili professionali nuovi o da formare necessita la vostra azienda?

……………………………………………………………………………………………………………………

Nel caso in cui erogaste formazione per i vostri dipendenti avete a disposizione un’aula corsi o preferite strutture esterne?

…………………………………………………………………………………………………………………

DI quali attività formative avreste bisogno?

Titolo Corso:

Durata:

Allievi:

(da replicare per ogni corso)

Persona che ha compilato il questionario

Nome: ………………… Cognome:……………………… Funzione: Dirigente

Data: 01/01/2019 Firma (eventuale): …………………………………………..

In caso di intervista telefonica la data e la firma deve essere posta dall’intervistatore