

Allegato n. 9



CHECK LIST/VERBALE VERIFICHE IN LOCO PRESSO CANTIERE **AZIONE 9**

Data _____ Ora _____ Luogo _____

Cooperativa _____

Responsabile della Cooperativa _____

Orario di lavoro: mattino dalle _____ alle _____ pomeriggio dalle _____ alle _____

1) Il lavoro che viene svolto rientra tra i settori di attività indicati nel Piano di Impresa che è stato approvato con atto amministrativo da parte dell' Agenzia del Lavoro?

si no

Note: _____

2) Sono presenti il/i tutor e il/i lavoratore/i così come previsti in Azione 9? SI NO

si no

Note: _____

3) La mansione assegnata al/ai lavoratore/i è coerente con quella indicata nel progetto di inserimento? SI NO

si no

Note: _____

4) Il lavoratore svolge le proprie mansioni all'interno dell'orario di lavoro stabilito? SI NO

si no

Note: _____

5) Sono rilevabili evidenti manchevolezze in materia di antinfortunistica?

si no

Note: _____

6) Sono visibili sul cantiere i loghi indicanti il cofinanziamento del FSE al progetto?

si no

Note: _____

Ulteriori note

Data

Firma del funzionario
