

Ffurflen Lleoliad Profiad Gwaith Blwyddyn 12

Enw'r Dysgwr:	Dyddiad Geni:
Ysgol:	Blwyddyn Ysgol:
Enw'r Cwmni:	Enw Cyswllt:
Cyfeiriad Lleoliad:	Rhif Swyddfa:
Côd Post:	Rhif Symudol:
	Cyfeiriad E-Bost:
Rwyf yn cadarnhau fod gan y cyflogwr hwn yswiriant atebolrwydd cyflogwr - <input type="checkbox"/> (ticiwch yn y boc)	Rhif Polisi Yswiriant:
Manylion Cwmni Yswiriant:	Dyddiad Cychwyn:
	Dyddiad Terfyn:
Myfyriwr:	Fel y dysgwr a enwir uchod, cytunaf - <ul style="list-style-type: none">• i gymryd rhan yn y cynllun profid gwaith hwn.• i gadw unrhyw wybodaeth am fusnes y cyflogwr y gallwn ddod i'w wybod yn ystod y cyfnod gwaith hwn yn gyfrinachol ac i beidio datgelu gwybodaeth o'r fath i unrhyw un arall heb ganiatâd y cyflogwr Enw: _____ Llofnod: _____ Dyddiad: _____
Rhiant / Gofalydd:	Fel Rhiant/Gofalydd y dysgwr a enwir uchod, rwyf yn cadarnhau – <ul style="list-style-type: none">• fy mod i wedi darllen a deall y ffurflen hon ac fy mod yn cytuno y caiff gymryd rhan yn y cynllun profiad gwaith hwn.• y bydd yn dilyn yr amodau a nodir.• y byddaf yn rhannu gwybodaeth am unrhyw gyflwr meddygol a allai arwain at risg dianghenraid i'w (h) iechyd / (d)diogelwch neu i iechyd/diogelwch unigolyn arall. Enw: _____ Llofnod: _____ Dyddiad: _____
Cyflogwr: Teitil Swydd: Oriau Gwaith: Dyddiad Dechrau: 24/6/19 Dyddiad Gorffen: 28/6/19	Fel y cyflogwr / cynrychiolydd y cyflogwr, cytunaf y caiff y dysgwr uchod weithio gyda'r cwmni / yn y sefydliad. Rwy'n cydnabod fy nghyfrifoldebau o dan Ddeddf Iechyd a Diogelwch yn y Gwaith. Enw: _____ Llofnod: _____ Dyddiad: _____

Year 12 Work Experience Form

Learner Name:	Date of Birth:
School:	School Year:
Name of Company:	Contact Name:
Placement Address:	Office No:
Postcode:	Mobile No:
I confirm that this employer has employer liability insurance - <input type="checkbox"/> (please tick)	Policy Number:
Insurance Company Details:	Start Date:
Learner:	Expiry Date:
	<p>As the named learner named above, I agree -</p> <ul style="list-style-type: none"> to take part in this work experience. to hold in confidence any information about the employer's business, which I may obtain during this work experience and not to disclose such information to another person without the employers permission. <p>Name: _____</p> <p>Signature: _____</p> <p>Date: _____</p>
Parent / Carer:	<p>As the Parent / Carer of the above named learner, I confirm that –</p> <ul style="list-style-type: none"> I have read and understood this form and that I agree to him / her taking part in this work experience scheme. he/she will follow the conditions set out. I will share information about any medical conditions that could lead to unnecessary risk to his/her health / safety or the health / safety of another person. <p>Name: _____</p> <p>Signature: _____</p> <p>Date: _____</p>
Employer:	<p>As the employer / employer's representative, I agree that the learner named above is able to work with the company / the organisation. I recognise my responsibilities under the Health and Safety at Work Act.</p>
Job Title:	Name: _____
Hours of Work:	Signature: _____
Start Date: 24/6/19	Date: _____
Finish Date: 28/6/19	