



**PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE**

**(Allegato alla DGR 103/2018, d’ora in avanti “Regolamento”)**

*(Rif. Convenzione stipulata in data .....)*

**Quadro A Soggetto promotore**

Ragione Sociale: Università degli Studi del Sannio P.IVA: 01114010620

Sede Legale: Piazza Guerrazzi, n. 1

Comune sede operativa che gestisce il tirocinio .....

*(Se diverso dal Comune della sede legale)*

<input type="checkbox"/> Servizi pubblici per l’Impiego	<input type="checkbox"/> Centri pubblici o a partecipazione pubblica di formazione professionale e orientamento e le istituzioni formative private, non aventi scopo di lucro, operanti in regime di convenzione con la Regione oppure da essa accreditate e autorizzate
X Istituti di istruzione universitaria statali e non statali abilitati al rilascio di titoli accademici e dell’Alta Formazione Artistica, Musicale e Coreutica (AFAM)	<input type="checkbox"/> Agenzia Nazionale per le politiche del lavoro (ANPAL), Ministero del Lavoro e PS anche attraverso propri enti in house
<input type="checkbox"/> Istituzioni scolastiche statali e non statali che rilasciano titoli di studio con valore legale	<input type="checkbox"/> Comunità terapeutiche, gli enti ausiliari e le cooperative sociali iscritte negli appositi albi regionali
<input type="checkbox"/> Fondazioni di Istruzione Tecnica Superiore (ITS);	<input type="checkbox"/> Servizi di inserimento lavorativo per disabili gestiti da enti pubblici delegati dalla Regione
<input type="checkbox"/> Soggetti autorizzati alla intermediazione dall’Agenzia Nazionale per le politiche attive del lavoro ai sensi dell’articolo 9, comma 1, lettera h) del decreto legislativo n. 150/2015 e successive modificazioni ivi inclusi i soggetti di cui all’articolo 6 del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276 (Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro, di cui alla legge 14 febbraio 2003, n. 30) ovvero accreditati ai servizi per il lavoro ai sensi dell’art. 12 del medesimo decreto legislativo n. 150/2015 o autorizzati dalla Regione ai sensi della legge regionale n. 14/2009	

Tutor didattico-organizzativo indicato dal soggetto promotore: .....

CF.....

Recapito tutor didattico-organizzativo: tel..... Email: .....



**Quadro B Tirocinante**

- Nome e cognome: .....  
Codice fiscale: .....
- Data di nascita: ...../...../..... Luogo di nascita:  
.....(.....) Cittadinanza: .....
- Residenza: ..... - .....(.....)
- Domicilio (se diverso dalla residenza) .....
- Titolo di studio: .....
- Tel: ..... email .....
- Permesso di soggiorno ..... numero documento .....
- Motivo del permesso ..... Scadenza del permesso .....
- Titolo di istruzione/formazione conseguito dal tirocinante
- Diploma scuola media di primo grado
- Qualifica
- Diploma scuola media di secondo grado
- Laurea
- Master dell'Università
- Dottorato
- Data in cui il titolo è stato conseguito ...../...../.....



### Quadro C Tipologia di tirocinante

- Disoccupato ai sensi dell'articolo 19 del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 150 (Disposizioni per il riordino della normativa in materia di servizi per il lavoro e di politiche attive, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge 10 dicembre 2014, n. 183) e successive modifiche e integrazioni;
- Beneficiario di strumenti di sostegno al reddito in costanza di rapporto di lavoro, così come previsto dal D. Lgs n. 150/2015;
- A rischio di disoccupazione, ovvero lavoratore in forza presso aziende con unità operative ubicate in Campania interessati da provvedimenti di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (CIGS) per crisi aziendale, CIGS per procedure concorsuali/cessazione attività, CIGS per riconversione aziendale, ristrutturazione e riorganizzazione o Cassa Integrazione Guadagni (CIG) in deroga e lavoratori di imprese che aderiscono ai contratti di solidarietà;
- Già occupato in cerca di altra occupazione;
- Svantaggiato ai sensi della legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali);
- Richiedente protezione internazionale e titolare di status di rifugiato e di protezione sussidiaria ai sensi del D.P.R. 12 gennaio 2015, n. 21 (Regolamento relativo alle procedure per il riconoscimento e la revoca della protezione internazionale a norma dell'articolo 38, comma 1, del decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25);
- Vittima di violenza e di grave sfruttamento da parte delle organizzazioni criminali e soggetti titolari di permesso di soggiorno rilasciato per motivi umanitari, ai sensi del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero);
- Vittima di tratta ai sensi del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 24 (Attuazione della direttiva 2011/36/UE, relativa alla prevenzione e alla repressione della tratta di esseri umani e alla protezione delle vittime, che sostituisce la decisione quadro 2002/629/GAI);
- Disabile di cui all'art. 1, co. 1, della legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili)
- Studente iscritto al ..... anno di scuola media superiore presso l'Istituto .....



**Quadro D Soggetto ospitante**

Ragione Sociale: .....

Codice fiscale/Partita IVA: .....

Sede Legale: ..... - ..... (.....)

Settore attività (codice ATECO): .....

Sede di svolgimento del tirocinio .....

Indirizzo: ..... - ..... (.....)

Tel.: ..... Email .....

PEC.....

- Numero dei dipendenti a tempo indeterminato (esclusi gli apprendisti) presenti nella sede operativa sede del tirocinio alla data odierna: .....
- Numero dei dipendenti a tempo determinato, anche in somministrazione, presenti nella sede operativa sede del tirocinio alla data odierna e con scadenza del contratto oltre il termine del tirocinio previsto al Quadro E .....
- Numero dei tirocinanti ospitati nella suddetta sede operativa negli ultimi 24 mesi .....
- Numero dei tirocinanti assunti al termine del tirocinio, con contratto di apprendistato ovvero con contratto di lavoro subordinato della durata di almeno 6 mesi (nel caso di part time, con orario settimanale almeno pari al 50% delle ore settimanali previste dal Contratto Collettivo applicato dal soggetto ospitante): .....
- Numero dei tirocinanti extracurricolari presenti nella sede operativa alla data odierna .....

Tutor aziendale: .....

CF.....

Ruolo tutor nell'azienda .....

Recapito tutor aziendale: tel:.....email .....



**Quadro E Durata e orari**

Durata del tirocinio: dal...../...../..... al ...../...../.....

- Orario settimanale previsto dal Contratto o accordo collettivo applicato dal soggetto ospitante: ore .....
- Orario settimanale previsto per il tirocinante: ore: .....
- Orario da svolgersi in fascia
  - Diurna
  - Serale

Lo svolgimento in fase diurna del tirocinio non è possibile per i seguenti motivi  
.....

- Sospensione del tirocinio per chiusura aziendale programmata dal ...../...../..... ..al ...../...../.....

**Quadro F Indennità di partecipazione al tirocinio**

Indennità di partecipazione del tirocinio pari ad euro .....

- Presenza buoni pasto o erogazione servizio mensa
- Eventuali altre facilitazioni (specificare): .....

L'obbligo di corrispondere l'indennità di partecipazione è in capo al soggetto ospitante che la eroga mensilmente.

- (Eventuale)** L'impegno a riconoscere l'indennità di partecipazione viene assunto da:
  - Regione Campania;
  - Altro soggetto.....

Note: .....



#### Quadro G Copertura assicurativa

**Responsabilità per gli infortuni sul lavoro INAIL:(ai sensi del D.P.R. 9.4.1999, n. 156, la copertura contro gli infortuni sul lavoro del tirocinante è assicurata mediante la forma della gestione per conto dello Stato)**

Oneri economici della copertura assicurativa INAIL a carico di

Soggetto promotore

Soggetto ospitante

**Responsabilità civile terzi: n.747180478 UnipolSai Assicurazioni Divisione La Fondiaria**

Oneri economici della copertura assicurativa RC a carico di

Soggetto promotore

Soggetto ospitante

**L'onere dell'invio della comunicazione obbligatoria di avvio e di eventuale proroga è assunto dal soggetto ospitante.**

#### Quadro H Obiettivi e contenuti formativi del tirocinio

Settore economico professionale (max 1 SEP):

Area di attività (max 2 ADA):

Attività tabella:

Professione di riferimento (Codice CP 2011):



## **Quadro I Attestazioni**

Il soggetto promotore attesta che

1. La durata del tirocinio è congrua in relazione agli obiettivi formativi del tirocinio
2. Il profilo professionale di riferimento del tirocinio non corrisponde ad un profilo elementare connotato da compiti generici e ripetitivi, salvo deroghe;
3. Gli impegni assunti in convenzione si ritengono confermati
4. Il tutor didattico organizzativo non segue contemporaneamente più di 20 tirocinanti, come da art. 9 comma 2 del Regolamento, fatte salve apposite deroghe stabilite dalla Regione Campania.

Il soggetto ospitante attesta che

1. Alla data odierna sussistono le condizioni dichiarate in sede di sottoscrizione della convenzione;
2. Gli impegni assunti in sede di sottoscrizione della convenzione sono confermati;
3. Il tutor aziendale non segue contemporaneamente più di 3 tirocinanti;
4. Il tutor aziendale possiede le competenze professionali adeguate per garantire il raggiungimento degli obiettivi del tirocinio.

Il tirocinante è stato reso edotto dei propri diritti e doveri

Il tirocinio potrà essere interrotto, prima della scadenza indicata nel progetto formativo e nella comunicazione di avvio del tirocinio, dal soggetto ospitante, o dal soggetto promotore o dal tirocinante mediante motivata comunicazione scritta.

Il tirocinio potrà essere sospeso e prolungato correlativamente in caso di astensione obbligatoria per maternità, infortunio o malattia di lunga durata che si protraggono per una durata pari o superiore a 30 giorni solari.

Al termine del tirocinio, qualora il tirocinante abbia svolto almeno il 70% del monte ore previsto nel progetto formativo, a quest'ultimo, il soggetto promotore e il soggetto ospitante rilasciano un'attestazione finale di tirocinio.

Al termine del percorso, il tirocinante compila il questionario di gradimento relativo all'esperienza di tirocinio svolta, secondo il format predefinito dalla Regione.



**Quadro L Sottoscrizione**

Firma del tirocinante	_____
Firma del genitore (se il tirocinante è minore)	_____
Firma del soggetto promotore	_____
Firma (per presa visione e accettazione) del tutor del soggetto promotore	_____
Firma del soggetto ospitante	_____
Firma (per presa visione e accettazione) del tutor del soggetto ospitante	_____
(Eventuale) Firma per il servizio sociale pubblico che ha in carico il tirocinante	_____

**Quadro M Proroga del tirocinio**

Il tirocinio iniziato il ..... e con termine previsto nel progetto formativo e nella comunicazione obbligatoria di avvio il ..... è prorogato fino al .....

Motivi della proroga

Astensione obbligatoria per maternità, infortunio o malattia superiore a 30 giorni

Gli obiettivi formativi del tirocinio non sono stati conseguiti nel periodo di tirocinio previsto  
Cause del mancato raggiungimento degli obiettivi .....

.....

Le attività previste in tirocinio per il conseguimento degli obiettivi formativi sono state ampliate  
Descrizione .....

o Nuovo profilo professionale di riferimento .....