**PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE**

**AI SENSI DELLA DGR N. 1474/2017**

**Conv.FM/ n. \_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MARCA DA BOLLO**

(Ai sensi del D.P.R. n. 642/72 e s.m.i.)

1. **Dati del Tirocinante**

Cognome e Nome:……………………………………………………………………..

Nato a:…………………………………… il……………………………………………….

Residente in via………………………………….a…………………….cap…………

Domiciliato in: (se diverso dalla residenza)…………………………………

Codice Fiscale:……………………………………………………………………………

Cittadinanza:……………………………………………………………………………..

Titolo di studio:………………………………………………………………………….

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

*(se straniero non appartenente alla UE):*

Cittadinanza:…………………………………………………………………………….

Tipo Documento:……………………………………………………………………..

Numero:…………………………………………………………………………………..

Motivo Permesso:………………………………………………………………….…

Data Rilascio:……………………………………………………………………….…..

Valido fino al:………………………………………………………………….………..

1. **Attuale condizione socio occupazionale del tirocinante**

*(Può essere selezionata uno o più delle seguenti voci)*

* Disoccupato/Inoccupato ai sensi del D.Lgs 150/15
* Beneficiario di strumenti di sostegno al reddito[[1]](#footnote-1): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Lavoratore a rischio di disoccupazione
* Soggetto occupato
* Soggetti appartenenti ad una delle categorie di cui all’art. 3 lettera e) della DGR n. 1474/2017: *(specificare)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Soggetto Promotore**

Denominazione/ragione sociale: Regione Marche

Codice fiscale/partita Iva: 80008630420

Legale rappresentante: Acquaroli Francesco

Sede legale: Via Gentile da Fabriano 9 – 60125 Ancona

Sede operativa che gestisce il tirocinio: Centro per l’Impiego - Via Sapri, 65 Fermo

1. **Soggetto Ospitante**

Denominazione/Ragione sociale:…………………………………….

Codice Fiscale/Partita IVA:……………………………………………….

Legale rappresentante:……………………………………………………

Settore Economico (ISTAT – Ateco 2007):……………………….

CCNL applicato:……………………………………………………………….

Sede legale:……………………………………………….…………………….

Sede operativa:……………………………………………………………….

Telefono sede:………………………………………………………………..

E mail:….……………..….Pec……………………………………………..….

1. **Dati indentificativi Tutor Soggetto Promotore:**

Cognome: Nome:

Tel…………………………………………………………. Email…centroimpiegofermo.tirocini@regione.marche.it

1. **Dati indentificativi Tutor Soggetto Ospitante:**

Cognome:…………………………………..Nome:………………………………………………………..

Tel…………………………………………………………. Email………………………………………………

Ruolo/qualifica all’interno dell’Azienda………….dal……………con la seguente tipologia contrattuale…….

1. **Elementi identificativi del contesto operativo/organizzativo del tirocinio**

**Periodo di tirocinio:** dal:……………………….al…………………………….Durata mesi: \_\_\_\_\_

**Eventuale periodo di sospensione** (per chiusura aziendale di almeno 15 giorni solari consecutivi):dal\_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Orario del tirocinio** così suddiviso:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GIORNO | ENTRATAORE | USCITAORE | ENTRATAORE | USCITAORE | TOTALE ORE GIORNALIERE |
| Lunedì |  |  |  |  |  |
| Martedì |  |  |  |  |  |
| Mercoledì |  |  |  |  |  |
| Giovedì |  |  |  |  |  |
| Venerdì |  |  |  |  |  |
| Sabato |  |  |  |  |  |
| Domenica |  |  |  |  |  |
| TOTALE ORE SETTIMANALI |  |

L’orario di tirocinio non deve essere superiore a quanto previsto dal contratto collettivo applicato dal soggetto ospitante.

**Area professionale di riferimento (codice di classificazione CP)** (Classificazione delle Professioni ISTAT 2011): (CODICE MANSIONE) \_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_.\_\_\_(DESCRIZIONE MANSIONE)…………………………..(La stessa qualifica dovrà essere utilizzata per la Comunicazione Unilav)

**Sede/i di effettivo svolgimento del tirocinio:** ………………

1. **Modalità di svolgimento del tirocinio**

**Area di attività del tirocinante con riferimento alle AdA** contenute nell’Atlante del Lavoro e nel decreto interministeriale del 30/06/2015. (<http://nrpitalia.isfol.it/sito_standard/sito_demo/atlante_lavoro.php>) :

|  |
| --- |
|  |

Altre attività non ricomprese in quelle precedenti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBIETTIVI FORMATIVI DEL TIROCINIO (Max 15 righe):**

|  |
| --- |
|  |

**COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI - COMPETENZE TRASVERSALI - ALTRE COMPETENZE**

*(Descrivere in modo esaustivo le conoscenze e le competenze da acquisire durante il tirocinio esplicitando il grado di autonomia da conseguire, anche tenendo conto eventualmente delle competenze previste nel Repertorio nazionale e regionale delle professioni; indicare le modalità di valutazione, di verifica dell’andamento e degli esiti formativi del tirocinio):*

|  |
| --- |
|  |

**MODALITA’ DI VALUTAZIONE** *(Quali saranno le modalità e/o gli strumenti con cui verranno verificati gli apprendimenti in itinere gli esiti del Tirocinio)*

|  |
| --- |
| **Soggetto Ospitante:**……**Soggetto promotore:**Colloquio di monitoraggio telefonico con il Tirocinante nel corso del tirocinio. |

1. **Indennità:**

Indennità mensile lorda a carico del Soggetto ospitante**: €…………………**

*(L’indennità mensile minima lorda è pari ad € 400,00. In caso di orario settimanale pari o superiore a 30 ore, l’indennità minima è di € 500,00. L’indennità è erogata per intero a fronte di una partecipazione al tirocinio pari o superiore al 75% del monte ore mensile o di frazione di mese previsto dal progetto).*

*Le modalità di pagamento dell’indennità di partecipazione, anche in favore di percettori di sostegno al reddito, sono previste nell’art. 18 della DGR n. 1474/2017).*

1. **Garanzie assicurative:**

Posizione INAIL n. ……………………..

Responsabilità civile Polizza n. ………………………….Agenzia………

1. **Obblighi del soggetto promotore**

Articolo n. 13 della DGR n. 1474/2017.

1. **Obblighi del soggetto ospitante**

Articolo n. 14 della DGR n. 1474/2017.

1. **Obblighi del tutor del soggetto promotore**

Articolo n. 16, commi 1 e 2 della DGR n. 1474/2017.

1. **Obblighi del tutor del soggetto ospitante**

Articolo n. 16, commi 4 e 5 della DGR n. 1474/2017.

1. **Diritti e Doveri del tirocinante**

Il tirocinante ha l’obbligo di attenersi a quanto previsto nel PFI svolgendo le attività concordate con i tutor, sia

del soggetto promotore che del soggetto ospitante. Ha l’obbligo di rispettare le norme in materia di igiene, salute e sicurezza sul luogo del lavoro, e mantenere la necessaria riservatezza circa i processi amministrativi e produttivi relativi all’azienda in cui è ospitato. Il tirocinante ha diritto ad una sospensione del tirocinio ai sensi dell’art. 5 comma 7 della DGR n. 1474/2017 e può interrompere il tirocinio ai sensi del comma 8 dello stesso articolo.

**Fermo, …… / …… / …………**

|  |
| --- |
| Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma per il soggetto promotoreCentro per l’Impiego di FermoDott.ssa Francesca Catini\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Firma per il soggetto ospitante(Timbro e Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma per presa visione ed accettazione del tutor del soggetto promotore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Firma per presa visione ed accettazione del tutor del soggetto ospitante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(La copia dei documenti di riconoscimento dei firmatari deve essere conservata agli atti del soggetto promotore)

1. Per soggetti disoccupati e percettori di strumenti di sostegno al reddito, barrare entrambe le caselle [↑](#footnote-ref-1)