

U.O. 10
Politiche del Lavoro
Programmazione rete scolastica
Formazione professionale
Promozione pari opportunità
Provincia di Lodi via Fanfulla, 14 – 26900 Lodi
CF: 92514470159
Tel. 03714421 fax 0371416027
Pec: provincia.lodi@pec.regione.lombardia.it

**ATTIVAZIONE TIROCINIO
QUESTIONARIO AZIENDA**
Allegato 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) Via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Legale rappresentante dell'Azienda
(denominazione) _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

DICHIARA

✓ _____ che **intende attivare** un percorso di **tirocinio extracurricolare** con il Sig/Sig.ra _____ nata/o a _____ il _____ in possesso delle competenze formative e professionali coerenti con l'attività produttiva e organizzativa della propria impresa per le seguenti motivazioni _____

✓ _____ che le attività e le **competenze** da acquisire quale **obiettivo del tirocinio** sono:

Ambito di inserimento

Descrivere l'ambito aziendale in cui si svolgerà il tirocinio (ad esempio: settore, reparto, ufficio: descrizione di massima delle attività)

che vengono svolte in tale ambito, etc.)

Attività oggetto del tirocinio

Descrivere nel dettaglio le attività che saranno affidate al tirocinante

Obiettivi formativi e di orientamento

Descrivere brevemente gli obiettivi che dovranno essere perseguiti durante il periodo di tirocinio, in termini di competenze, con riferimento al **Quadro Regionale degli Standard Professionali** (<http://www.ifl.servizirl.it> allegato 2)

Profilo professionale

Inserire il profilo professionale individuato sul **Quadro Regionale degli Standard Professionali (QRSP) di Regione Lombardia** (<http://www.ifl.servizirl.it> allegato 2)

Competenza n. 1 da acquisire

Facendo riferimento al profilo professionale individuato

Competenza n. 2 da acquisire

Facendo riferimento al profilo professionale individuato

✓ che i **dati aziendali** sono:

Sede legale dell'Azienda Indirizzo-cap-città Telefono – e-mail	
Sede aziendale operativa dove si svolgerà il tirocinio Indirizzo-cap-città Telefono – e-mail	
Codice Fiscale azienda	
Partita IVA azienda	
CNNL applicato dal soggetto ospitante	
Codice ATECO	
NUMERO RISORSE UMANE PRESENTI NELLA SEDE D'INSERIMENTO DEL TIROCINIO: il o i titolari d'impresa; lavoratori con contratto a tempo indeterminato, determinato a condizione che il contratto abbia inizio prima dell'avvio del tirocinio e si concluda successivamente; soci lavoratori di cooperative (legge n. 142 03/04/2001) NEL CONTEGGIO SONO <u>ESCLUSI</u> GLI APPRENDISTI	
Versamenti premi INAIL regolari	
Versamenti contributi INPS regolari	

Tirocinanti già presenti nella sede d'inserimento del tirocinio n. <i>(non conteggiare i tirocini curriculari degli studenti)</i>	
---	--

✓ che la polizza assicurativa stipulata è:

INAIL <i>(a carico dell'azienda)</i>	P.A.T n. _____
--	----------------

✓ che individua il “**tutor aziendale**” sottominato, il quale:

- possiede adeguate esperienze e competenze professionali per garantire il raggiungimento degli obiettivi del tirocinio e può accompagnare contemporaneamente **fino ad un massimo di tre tirocinanti**;
- è responsabile dell'attuazione del progetto formativo individuale e dell'inserimento e affiancamento del tirocinante sul luogo di lavoro per tutta la durata del tirocinio;
- collabora con il tutor del soggetto promotore per il migliore svolgimento delle attività, per il loro monitoraggio e per l'attestazione dell'attività svolta e delle competenze acquisite;

NOME E COGNOME DEL TUTOR AZIENDALE	
CODICE FISCALE DEL TUTOR AZIENDALE	
INQUADRAMENTO	<i>titolare di impresa</i> <i>dipendente con contratto a tempo indeterminato</i> <i>dipendente con contratto a tempo determinato (durata di almeno 12 mesi)</i> <i>socio lavoratore</i> <i>altro _____</i>
TITOLO DI STUDIO	
ANNI DI ESPERIENZA	
COMPETENZE PROFESSIONALI POSSEDUTE	
N. TIROCINANTI EXTRACURRICULARI SEGUITI AD AVVIO DEL PRESENTE TIROCINIO <i>(massimo 3 tirocinanti contemporaneamente - esclusi i tirocini curriculari)</i>	
TELEFONO DI CONTATTO	
E-MAIL DI CONTATTO	

- ✓ che il tirocinio sarà così organizzato:

PERIODO DEL TIROCINIO (n. mesi)	
ORARIO SETTIMANALE	
ORARIO GIORNALIERO	
CHIUSURE FORMALIZZATE DEL SOGGETTO OSPITANTE (ES. FERIE) della durata di almeno 15 GIORNI (se SI indicare data inizio e data fine)	
INDENNITA' DI PARTECIPAZIONE (IMPORTO LORDO)	€
EVENTUALE RIMBORSO SPESE PREVISTO (es. buoni pasto, servizio mensa, rimborso chilometrico)	

che come richiamato nell'Accordo in Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano n. 86/CSR del 25 maggio 2017, preso atto che ai sensi dell'art. 2 comma 1 lett. a) del D.Lgs. n. 81/08 "Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro", il tirocinante, ai fini ed agli effetti delle disposizioni dello stesso decreto legislativo, deve essere inteso come "lavoratore"; la sottoscritta società _____, dichiara di essere in regola con la vigente normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e si impegna a farsi carico delle misure di tutela e degli obblighi stabiliti dalla normativa come segue:

- a) "Formazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti" ai sensi dell'art. 37 D.Lgs. n. 81/08:
- formazione generale;
 - formazione specifica.
- b) "Sorveglianza sanitaria" ai sensi dell'art. 41 D.Lgs. n. 81/08, se prevista;
- c) "Informazione ai lavoratori" ai sensi dell'art. 36 D.Lgs. n. 81/08 riguardo a:
- organizzazione del SPP aziendale compreso l'affidamento dei compiti speciali (primo soccorso e antincendio) a lavoratori interni all'azienda;
- rischio intrinseco aziendale.
- ✓ che nei 12 mesi precedenti l'attivazione del tirocinio, nell'unità operativa di svolgimento del tirocinio medesimo **non ha effettuato licenziamenti per mansioni equivalenti a quelle del tirocinio**, fatti salvi quelli per giusta causa e per giustificato motivo soggettivo e fatti salvi specifici accordi sindacali con le organizzazioni territoriali più rappresentative;
- ✓ che alla data di presentazione della domanda di progetto formativo ed al successivo avvio del tirocinio, nell'unità operativa di svolgimento, **non sono in corso procedure di CIG straordinaria o CIG in deroga per mansioni equivalenti a quelle del tirocinio**;
- ✓ che il tirocinante **non verrà utilizzato** per sostituire lavoratori subordinati nei periodi di picco delle attività, malattia, maternità, ferie o infortuni, o per ricoprire ruoli necessari all'organizzazione;
- ✓ di non aver avuto con il tirocinante precedenti rapporti di lavoro dipendente o altre forme di collaborazione nei due anni precedenti (sono escluse da questa limitazione le esperienze di alternanza scuola-lavoro), ovvero prestazioni di lavoro accessorio di durata non superiore ai trenta giorni nei sei mesi precedenti, ovvero precedenti esperienze di tirocinio extracurricolari;

- ✓ che l'azienda è in regola con la normativa di cui alla legge n.68 del 1999 e successive modifiche ed integrazioni;
- ✓ di esprimere, ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), il consenso al trattamento, anche automatizzato, dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, inclusa la loro eventuale comunicazione a soggetti terzi specificatamente incaricati, limitatamente ai fini della corretta gestione del tirocinio.

(Luogo e data)

Il Dichiarante

(Firma leggibile per esteso)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, alla dichiarazione sottoscritta dall'interessato deve essere **allegata la fotocopia di un documento d'identità del dichiarante.**