

Allegato B - TIROCINIO EXTRACURRICULARE

PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE

ANAGRAFICA GENERALE

| TIROCINANTE | |
|------------------|---|
| Nome | |
| Cognome | |
| Cittadinanza | |
| Nato a | <i>Comune / Provincia / Stato</i> |
| Il | <i>gg/mm/aaaa</i> |
| Residente in | <i>Indirizzo stradale completo di numero civico</i> |
| Comune | |
| C.A.P. | |
| Provincia | <i>Sigla</i> |
| Domiciliato in | <i>Indirizzo stradale completo di numero civico</i> |
| Comune | |
| C.A.P. | |
| Provincia | <i>Sigla</i> |
| Codice Fiscale | |
| Titolo di Studio | |
| Telefono* | |
| Mail* | |

| TIPOLOGIA TIROCINANTE | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Soggetto in stato di disoccupazione ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs 150/15 – compresi coloro che hanno completato i percorsi di istruzione secondaria superiore e terziaria |
| <input type="checkbox"/> | Lavoratore beneficiario di strumenti di sostegno al reddito in costanza di rapporto di lavoro |
| <input type="checkbox"/> | Lavoratore a rischio di disoccupazione |
| <input type="checkbox"/> | Soggetto già occupato che sia in cerca di altra occupazione |

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Soggetto disabile e svantaggiato (disabile di cui all'art. 1 comma 1 della legge n. 68/99; persona svantaggiata ai sensi della legge n. 381/91; richiedente protezione internazionale e titolare di status di rifugiato e di protezione sussidiaria ai sensi del D.P.R. n. 21/2015; vittima di violenze e di grave sfruttamento da parte delle organizzazioni criminali e soggetto titolare di permesso di soggiorno rilasciato per motivi umanitari ai sensi del D.LGS. 286/98; vittima di tratta ai sensi del D.LGS. 24/14) |
| <input type="checkbox"/> | Studente |

SOGGETTO PROMOTORE

| | |
|----------------------|--|
| Denominazione | PROVINCIA DI LODI - CENTRO PER L'IMPIEGO DI LODI |
| Sede legale in | <i>Via Fanfulla, 14</i> |
| Comune | Lodi |
| C.A.P. | 26900 |
| Provincia | LO |
| Codice Fiscale/P.IVA | 92514470159 |
| Sede operativa | <i>Via</i> |
| Comune | |
| C.A.P. | |
| Provincia | LO |
| Responsabile | |
| Telefono* | |
| Mail * | |

SOGGETTO OSPITANTE

| | |
|----------------------|---|
| Denominazione | |
| Sede legale in | <i>Indirizzo stradale completo di numero civico</i> |
| Comune | |
| C.A.P. | |
| Provincia | <i>Sigla</i> |
| Codice Fiscale/P.IVA | |
| Sede operativa | <i>Indirizzo stradale completo di numero civico della <u>sede operativa di attuazione del tirocinio</u></i> |
| Comune | |
| C.A.P. | |
| Provincia | <i>Sigla</i> |
| Responsabile | <i>Nominativo del responsabile aziendale della gestione del tirocinio (può corrispondere al tutor)</i> |
| Telefono* | |
| Mail* | |



PROVINCIA
DI LODI



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

| NATURA GIURIDICA SOGGETTO OSPITANTE | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Pubblica amministrazione (art.1 c.36 L.92/2012) |
| <input type="checkbox"/> | Altri soggetti |
| Settore ATECO attività | |

INFORMAZIONI SPECIFICHE

| CONVENZIONE DI RIFERIMENTO | |
|-------------------------------|---|
| Sottoscritta in data | |
| N. Convenzione di riferimento | |
| Tipologia di Convenzione | <i>Inserire se individuale o collettiva</i> |

| DISCIPLINA DI RIFERIMENTO | |
|---------------------------|--|
| Regione Lombardia | |

| TIPOLOGIA DEL PROGETTO | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Qualora il tirocinio sia inserito in un programma di rilevanza nazionale approvato in accordo con Regione Lombardia, <i>indicare quale</i> |

| TIPOLOGIA DI TIROCINIO | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Tirocinio extracurricolare |
| <input type="checkbox"/> | Tirocinio extracurricolare rivolto a studenti durante il periodo estivo (Età non inferiore ai 16 anni compiuti) |

| CONTRATTO DI LAVORO | |
|---|--|
| <i>Inserire CCNL applicato dal soggetto ospitante</i> | |

| NUMERO ADDETTI DELLA SEDE OPERATIVA DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO | |
|--|--|
| <i>(la compilazione non è richiesta per tirocini attivati in favore di soggetti disabili o svantaggiati)</i> | |

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 0 -5 addetti |
| <input type="checkbox"/> | 6 -20 addetti, specificare: - N. dipendenti con contratto a tempo indeterminato - N. dipendenti con contratto di apprendistato - N. dipendenti con contratto a tempo determinato, di cui: - data inizio _____ data fine _____; - data inizio _____ data fine _____; - data inizio _____ data fine _____; |
| <i>(Inserire numero di dipendenti nella sede operativa)</i> | Maggiore di 20 addetti |
| | Numero di tirocini extracurricolari in corso nella sede di svolgimento del tirocinio |

ATTIVAZIONI IN DEROGA

(la compilazione non è richiesta per tirocini attivati in favore di soggetti disabili o svantaggiati)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Un tirocinio se ha assunto almeno 20% dei tirocinanti extracurricolari attivati nei 24 mesi precedenti |
| <input type="checkbox"/> | Due tirocini se ha assunto almeno il 50% dei tirocinanti extracurricolari attivati nei 24 mesi precedenti |
| <input type="checkbox"/> | Tre tirocini se ha assunto almeno il 75% dei tirocinanti extracurricolari attivati nei 24 mesi precedenti |
| <input type="checkbox"/> | Quattro tirocini se ha assunto il 100% dei tirocinanti extracurricolari attivati nei 24 mesi precedenti |

GESTIONE DEL TIROCINIO

| TUTOR SOGGETTO PROMOTORE | |
|---------------------------------|--|
| Nome | |
| Cognome | |
| Titolo di studio | |
| Telefono* | |
| Mail* | |

| TUTOR AZIENDALE | |
|--------------------------|--|
| Nome | |
| Cognome | |
| Livello di inquadramento | |

| | |
|---|--|
| Codice Fiscale | |
| N. anni di esperienza lavorativa | |
| Esperienze e competenze professionali possedute a comprova dell'adeguatezza allo svolgimento dell'incarico di tutor | |
| N. di tirocinanti affidati prima dell'avvio del presente tirocinio (massimo 3 tirocinanti contemporaneamente) | |
| Telefono* | |
| Mail* | |

| TUTOR AZIENDALE (in caso di sostituzione per assenza del tutor aziendale) | |
|---|--|
| Nome | |
| Cognome | |
| Livello di inquadramento | |
| Codice fiscale | |
| N. anni di esperienza lavorativa | |
| Esperienze e competenze professionali possedute a comprova dell'adeguatezza allo svolgimento dell'incarico di tutor | |
| N. di tirocinanti affidati prima dell'avvio del presente tirocinio (massimo 3 tirocinanti contemporaneamente) | |
| Telefono* | |
| Mail* | |

| INDENNITÀ DI PARTECIPAZIONE (vedi art. 5 Convenzione) | |
|--|--|
| <i>Inserire importo mensile lordo</i> | |
| <input type="checkbox"/> BUONI PASTO | <input type="checkbox"/> SERVIZIO MENSA |
| RIMBORSO SPESE DI PARTECIPAZIONE | <i>Inserire descrizione dettagliata delle eventuali spese che saranno rimborsate</i> |

| GARANZIE ASSICURATIVE OBBLIGATORIE (vedi art 6 Convenzione) | |
|--|---|
| INAIL | <i>N. P.A.T inserire il numero della Posizione Assicurativa Territoriale di riferimento</i> |

| RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI | |
|--|---|
| Assicurazione | <i>Inserire il nominativo della compagnia di assicurazione che ha emesso la polizza</i> |
| N. polizza | <i>Inserire il numero identificativo della polizza</i> |

| OBIETTIVI E MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO | |
|--|--|
| Durata | <i>Inserire il numero di giorni solari o mesi</i> |
| Data inizio | <i>Inserire data di avvio prevista</i> |
| Data fine | <i>Inserire data di conclusione prevista</i> |
| Articolazione oraria | <i>Indicare le ore giornaliere e settimanali in coerenza con il contratto collettivo applicato dal soggetto ospitante</i> |
| Articolazione oraria (nel caso di attività con modalità a distanza) | <i>Indicare le ore giornaliere e settimanali dedicate alle attività con modalità di lavoro a distanza assimilabili a smart working</i> |
| Eventuale periodo di chiusura formalizzata (almeno 15 giorni solari) | <i>Indicare data inizio e data fine</i> |

| AMBITO/I DI INSERIMENTO |
|--|
| <i>Descrivere brevemente 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, ecc.)</i> |

| ATTIVITÀ OGGETTO DEL TIROCINIO |
|---|
| <i>Descrivere brevemente le attività oggetto del tirocinio</i> |
| ATTIVITÀ IN MODALITÀ A DISTANZA |
| <i>Descrivere le attività che verranno svolte con modalità a distanza</i> |



PROVINCIA
DI LODI



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

| | |
|--|---|
| Per le attività a distanza sopra individuate il soggetto ospitante si impegna a garantire: | |
| 1) | Coerenza con i contenuti del progetto formativo; |
| 2) | disponibilità di tecnologie telematiche che permettano sia l'autenticazione dell'utente sia il tracciamento delle attività; |
| 3) | disponibilità costante del tutor aziendale che svolgerà il tutoraggio con modalità (specificare) |
| 4) | Copertura assicurativa e inoltro al tirocinante delle informative sulla salute e sicurezza nel lavoro agile |

| OBIETTIVI FORMATIVI E DI ORIENTAMENTO | |
|---|--|
| <i>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 (replicare per ogni profilo professionale individuato):</i> | |
| COMPETENZA IN ESITO | |
| LIVELLO EQF | |
| PROFILO PROFESSIONALE Q.R.S.P. | <i>Corrispondente alla competenza in esito</i> |
| CLASSIFICAZIONE NAZIONALE DELLE PROFESSIONI ISTAT | |
| COMPETENZA IN ESITO | |
| LIVELLO EQF | |
| PROFILO PROFESSIONALE Q.R.S.P. | <i>Corrispondente alla competenza in esito</i> |
| CLASSIFICAZIONE NAZIONALE DELLE PROFESSIONI ISTAT | |

| |
|--------------------------------|
| OBLIGHI DEL TIROCINANTE |
|--------------------------------|

Con la sottoscrizione del presente Progetto Formativo, il tirocinante si impegna al rispetto delle seguenti regole nel corso del tirocinio:

| | |
|----|---|
| 1) | seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze; |
| 2) | rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti ed ogni altra informazione relativa all'azienda, alla sua organizzazione e ai suoi programmi di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio; |
| 3) | rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza; |
| 4) | eseguire i compiti secondo le indicazioni ricevute dal tutor aziendale, nell'ambito di quanto previsto dal presente Progetto Formativo; |
| 5) | richiedere verifiche e autorizzazioni nel caso di rapporti e relazioni con soggetti terzi; |
| 6) | frequentare gli ambienti aziendali e utilizzare le attrezzature poste a disposizione secondo i tempi e le modalità previste dal presente Progetto e che verranno successivamente fornite in coerenza con questo, rispettando in ogni caso le norme e le prassi aziendali di cui verrà portato a conoscenza. |

Inoltre il tirocinante dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi della Convenzione sopra richiamata, in caso di proprio comportamento tale da far venir meno le finalità del Progetto formativo, le parti potranno recedere dalla Convenzione stessa e conseguentemente il tirocinio sarà interrotto.

EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID-19

E' fatto obbligo al soggetto ospitante di assicurare l'applicazione, nei confronti del tirocinante, degli stessi protocolli di sicurezza previsti per i lavoratori, ivi comprese le prescrizioni previste, in capo ai datori di lavoro, dalle ordinanze regionali.

E' fatto obbligo al tirocinante di adottare tutte le misure di sicurezza indicate dall'azienda ospitante.

Con la sottoscrizione del presente Progetto formativo, il tirocinante, il soggetto promotore e il soggetto ospitante dichiarano:

- che le informazioni contenuto nel presente Progetto Formativo sono rese ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e di essere consapevoli delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;



PROVINCIA
DI LODI



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

- di esprimere, ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, il consenso al trattamento, anche automatizzato, dei dati personali contenuti nel presente Progetto Formativo, inclusa la loro eventuale comunicazione a soggetti terzi specificatamente incaricati, limitatamente ai fini della corretta gestione del tirocinio, da parte del soggetto promotore e del soggetto ospitante e ai fini delle funzioni di controllo e monitoraggio, da parte di Regione Lombardia, fatto salvo quanto stabilito dall'art. 7 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

| | |
|--|--|
| Il soggetto promotore | <i>PROVINCIA DI LODI- CENTRO IMPIEGO DI LODI</i> |
| | Timbro e firma (<i>del Rappresentante legale o suo delegato</i>) Firma digitale del rappresentante legale o di altro firmatario autorizzato |
| Il soggetto ospitante | Inserire denominazione |
| | Timbro e firma (<i>del Rappresentante legale o suo delegato</i>) Firma digitale del rappresentante legale o di altro firmatario autorizzato |
| Il tirocinante (o il soggetto che ne esercita la tutela, qualora minorenni) | Inserire nome e cognome |
| | Firma |