

**PROGETTO PERSONALIZZATO DI TIROCINIO DI ORIENTAMENTO, FORMAZIONE E
INSERIMENTO/REINSERIMENTO FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA
DELLE PERSONE ED ALLA RIABILITAZIONE FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE
(DGR n. 620 del 18/5/2020)**

Rif. Convenzione stipulata in data _____

DATI DEL TIROCINANTE

| | |
|---|---|
| Nome e cognome | |
| Sesso | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Codice fiscale | |
| Luogo e data di nascita | |
| Cittadinanza | |
| <i>(se extra U.E. indicare tipo e scadenza permesso di soggiorno)</i> | |
| Residente a | Comune: _____ Prov.: _____ |
| Indirizzo | |
| Domicilio <i>(se diverso dalla residenza)</i> | |
| Titolo di studio | |
| Telefono | |
| Mail | |

DATI DELL'ENTE CHE HA IN CARICO IL TIROCINANTE

| | |
|--|--|
| Tipologia | <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Unione dei Comuni <input type="checkbox"/> Comunità montana <input type="checkbox"/> Società della Salute <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria <input type="checkbox"/> Ufficio interdistrettuale esecuzione penale esterna <input type="checkbox"/> Altro soggetto <i>(specificare:)</i> |
| Denominazione | |
| Codice fiscale/Partita IVA | |
| Indirizzo sede legale | |
| Nominativo responsabile dell'Ente per la Convenzione di Tirocinio | |
| Telefono | |
| Mail | |
| Nominativo Case manager progetto personalizzato di Tirocinio | |
| Indirizzo sede operativa per la gestione del Tirocinio | |
| Telefono | |
| Mail | |

DATI DEL SOGGETTO PROMOTORE

| | |
|-----------|--|
| Tipologia | <input type="checkbox"/> soggetto titolare delle funzioni in materia sociale e sanitaria territorialmente competente a livello di ambito di zona-distretto, ai sensi della legge regionale 41/2005 e della legge regionale 40/2005 |
|-----------|--|

| | |
|---|--|
| | <input type="checkbox"/> istituzione scolastica statale e non statale che rilascia titoli di studio con valore legale <input type="checkbox"/> soggetto accreditato ai servizi per il lavoro dalla Regione Toscana ai sensi della normativa in vigore <input type="checkbox"/> cooperativa sociale <input type="checkbox"/> altro ente del Terzo Settore <input type="checkbox"/> servizio per l'impiego della Regione Toscana |
| Denominazione | |
| Codice fiscale/Partita IVA | |
| Indirizzo sede legale | |
| Nominativo responsabile dell'Ente per la Convenzione di Tirocinio | |
| Telefono | |
| Mail | |
| Nominativo Tutor progetto personalizzato di Tirocinio | |
| Indirizzo sede operativa per la gestione del Tirocinio | |
| Telefono | |
| Mail | |

DATI SOGGETTO OSPITANTE

| | |
|---|--|
| Tipologia | <input type="checkbox"/> Impresa (<i>specificare natura giuridica:</i>) <input type="checkbox"/> Ente pubblico (<i>specificare:</i>) <input type="checkbox"/> Organizzazione di Volontariato (<i>specificare:</i>) <input type="checkbox"/> Associazione di promozione sociale (<i>specificare:</i>) <input type="checkbox"/> Altro Ente del Terzo Settore (<i>specificare:</i>) <input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare:</i>) |
| Denominazione | |
| Codice fiscale/Partita IVA | |
| Indirizzo sede legale | |
| Settore economico di attività dell'azienda (rif. ATECO2007) | |
| CCNL applicato (<i>se pertinente</i>) | |
| Numero totale degli addetti/operatori nell'unità operativa sede del tirocinio | |
| Numero dei tirocinanti attualmente ospitati nell'unità operativa sede del tirocinio | |
| Nominativo responsabile dell'Ente per la Convenzione di Tirocinio | |
| Telefono | |
| Mail | |
| Nominativo Tutor aziendale | |
| Funzione/ruolo | |
| Settore/reparto/ufficio/unità operativa (<i>specificare</i>) | |
| Indirizzo unità operativa per lo svolgimento del Tirocinio | |
| Telefono | |
| Mail | |

MOTIVAZIONI PRINCIPALI PER L'ATTIVAZIONE DEL TIROCINIO

| | |
|--|--|
| Bisogni-Esigenze del tirocinante in relazione al contesto | <input type="checkbox"/> personale <input type="checkbox"/> familiare <input type="checkbox"/> sociale |
| Fabbisogno specifico in relazione alle potenziali capacità di inserimento lavorativo | |
| Obiettivi di inclusione sociale e di autonomia indicati nel PAP (riportare sinteticamente) | |

INFORMAZIONI SUL TIROCINIO

| | |
|--|--|
| Durata ¹ | Dal al |
| Monte ore previsto e organizzazione settimanale | Lunedì <input type="checkbox"/> Martedì <input type="checkbox"/> Mercoledì <input type="checkbox"/> Giovedì <input type="checkbox"/> Venerdì <input type="checkbox"/> Sabato <input type="checkbox"/> N° ore settimanali _____ Fasce giornaliere di accesso alla sede operativa: Mattina, dalle ore.....alle ore Pomeriggio, dalle ore.....alle ore |
| Obiettivi specifici e attività previste per l'acquisizione delle competenze socio relazionali (<i>se previste</i>) e tecnico-professionali (<i>se previste</i>) (<i>descrivere l'ambito/area di inserimento, i compiti e le attività assegnate al tirocinante, gli strumenti e/o attrezzature utilizzate, ecc.</i>) | |
| Eventuali riferimenti ad aree di attività previste da figure professionali | Ada n° |
| Attività previste per l'acquisizione di eventuali ulteriori capacità e/o conoscenze | |
| Modalità e tempi di svolgimento (<i>descrivere le modalità di svolgimento delle attività e la frequenza di accesso prevista alla sede operativa</i>) | |
| Attività previste (<i>descrivere l'ambito/area di inserimento, i compiti e le attività assegnate al tirocinante, gli strumenti e/o attrezzature utilizzate, ecc.</i>) | |
| Monte ore settimanale previsto | |
| Obiettivi specifici | Competenze socio-relazionali (<i>se previste</i>) Attività previste per l'acquisizione delle competenze socio relazionali e degli obiettivi d'inclusione/abilitazione-riabilitazione del tirocinio Competenze tecnico-professionali (<i>se previste</i>) Eventuali aree di attività da acquisire previste corrispondenti a profilo: - - - Attività previste per l'acquisizione di eventuali ulteriori capacità e/o conoscenze |
| Copertura infortuni sul lavoro INAIL | posizione n. a carico di:..... |
| Responsabilità civile | posizione n a carico di: Compagnia assicuratrice: |

¹ La durata del Tirocinio non può essere superiore a 24 mesi. Il Tirocinio può essere prorogato fino ad ulteriori 12 mesi, solo in seguito a valutazione effettuata nell'ambito del PAP di cui all'art. 3 e del progetto personalizzato di tirocinio, di cui all'art. 5, comma 1., delle Disposizioni approvate con delibera di Giunta regionale 620/2020. L'eventuale proroga del Tirocinio deve essere attivata prima della scadenza dello stesso mediante comunicazione scritta tra le parti.

| | |
|---|---|
| Modalità e strumenti di monitoraggio e verifica dell'andamento e dei risultati del tirocinio (colloqui con tutor e case manager, questionari, griglie di valutazione, ecc.) | |
| Indennità mensile | <p>Importo non superiore a 500 euro mensili, erogato, previa dimostrazione dell'effettiva partecipazione ricavabile dal registro delle presenze di cui all'art. 9, comma 3, lett. f) delle Disposizioni, sulla base delle ore realmente effettuate il cui importo orario onnicomprensivo è pari ad euro 4,00.</p> <p>Dal punto di vista fiscale l'indennità corrisposta al tirocinante è considerata quale reddito assimilato a quelli di lavoro dipendente (art. 50, D.P.R. n. 917/1986 TUIR) e, in quanto erogata all'interno degli obiettivi di empowerment e autonomia previsti dal PAP e indicati nel progetto personalizzato di Tirocinio, non rientra nella categoria di sussidi corrisposti a titolo assistenziale.</p> <p>Il costo delle indennità è sostenuto da:</p> <p><input type="checkbox"/> Ente che ha in carico il tirocinante</p> <p><input type="checkbox"/> Soggetto promotore</p> <p><input type="checkbox"/> Soggetto ospitante</p> <p><input type="checkbox"/> altro soggetto (specificare)</p> |
| Eventuali facilitazioni | <p><input type="checkbox"/> mensa aziendale</p> <p><input type="checkbox"/> buoni pasto</p> <p><input type="checkbox"/> biglietti autobus, treno</p> <p><input type="checkbox"/> altro (specificare:)</p> |
| Diritti e doveri del tirocinante | <p>Durante lo svolgimento del Tirocinio, il tirocinante è tenuto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • svolgere le attività previste dal Progetto personalizzato di Tirocinio seguendo le indicazioni del case manager e del tutor, osservando gli orari e le regole di comportamento concordati e rispettando l'ambiente di lavoro; • rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro e le altre disposizioni indicate dal Soggetto Ospitante; • mantenere la necessaria riservatezza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio, per quanto attiene ai dati, informazioni o conoscenze in merito ai procedimenti amministrativi e ai processi produttivi acquisiti nel corso del tirocinio; • partecipare a momenti di verifica in itinere e finale, rendendosi disponibile a compilare questionari, ecc.; • redigere, con il supporto del case manager e del tutor del Soggetto ospitante, una relazione finale sull'esperienza di tirocinio. <p>Il tirocinante può interrompere il tirocinio in qualsiasi momento previo confronto con il case manager.</p> <p>Il tirocinante deve essere obbligatoriamente assicurato contro gli infortuni sul lavoro presso l'Inail e per la responsabilità civile verso terzi presso idonea compagnia assicurativa.</p> <p>Al termine del Tirocinio il tirocinante può richiedere al centro per l'impiego della Regione Toscana la registrazione dell'esperienza di tirocinio nel libretto formativo del cittadino.</p> |
| Altre informazioni utili relative al tirocinio | |

Letto, approvato e sottoscritto,

Luogo e data.....

Il Tirocinante

Per il soggetto promotore

Timbro e firma

Per il soggetto ospitante

Timbro e firma

(Eventuale)

Per l'Ente competente per la presa in carico

Timbro e firma
