

CUP \_\_\_\_\_

**PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE DEL TIROCINIO EXTRACURRICOLARE**

ai sensi dell'art. 1, comma 3, lettera b) della Direttiva regionale di attuazione dei tirocini extracurricolari DGR n° 202/2019

Rif. Convenzione stipulata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

tra:

Soggetto promotore: \_\_\_\_\_

Soggetto ospitante: \_\_\_\_\_

Tirocinante: \_\_\_\_\_

Durata Mesi n. \_\_\_\_ Periodo di svolgimento: dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° ore settimanali: \_\_\_\_ Orario giornaliero di svolgimento dalle ore \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_

Sede di svolgimento: \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  Sede legale  Sede operativa

<b>1. Dati identificativi del Soggetto promotore</b>	<b>Ragione sociale del Soggetto promotore (denominazione)</b>	..... C F ..... P Iva .....
	<b>Indirizzo sede legale del Soggetto promotore</b>	..... CAP..... Provincia .....
	<b>Telefono</b>	.....
	<b>Cellulare</b>	.....
	<b>Indirizzo di posta elettronica</b>	.....
	<b>PEC</b>	.....
	<b>CODICE ATECO</b>	.....

<p><b>2. Dati identificativi del Soggetto ospitante</b></p> <hr/> <p><b>Il soggetto ospitante è in regola con la normativa:</b></p> <p>- sulla salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>- in materia di diritto al lavoro delle persone con disabilità ai sensi della legge n° 68/99 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>- con l'applicazione dei contratti e degli accordi collettivi di lavoro SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Il soggetto ospitante non ha in corso nella medesima unità operativa procedure di CIGS di cui al D. lgs 148/15 per lavoratori che svolgano attività equivalenti a quelle previste dal PFI del tirocinante SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Il soggetto ospitante ha in corso procedure concorsuali SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <hr/>	<p><b>Ragione sociale del Soggetto ospitante</b> (denominazione)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>C F .....</p> <p>P Iva .....</p>
	<p><b>Indirizzo sede legale del datore di lavoro</b></p> <p>.....</p> <p>CAP..... Provincia .....</p>
	<p><b>Indirizzo impresa/luogo di svolgimento del tirocinio</b></p> <p>.....</p> <p>CAP..... Provincia .....</p>
	<p><b>Telefono</b></p> <p>.....</p> <p><b>Cellulare</b></p> <p>.....</p> <p><b>Indirizzo di posta elettronica</b></p> <p>.....</p> <p><b>PEC</b></p> <p>.....</p>
	<p><b>3. Dati identificativi del tirocinante</b></p> <hr/> <p>Il tirocinante ha assolto l'obbligo di istruzione SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

<p>Il tirocinante ha adempiuto al diritto-dovere all'istruzione e formazione <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Il tirocinante ha richiesto e definito con i Servizi autorizzati competenti, il proprio bilancio di competenze <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Il tirocinante ha realizzato già un tirocinio extracurricolare con il medesimo soggetto ospitante <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Il tirocinante non sta svolgendo altro tirocinio extracurricolare nel medesimo periodo di attivazione del presente intervento di politica attiva <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Il tirocinante non ha già svolto precedentemente tirocini extracurricolari o altro intervento formativo professionalizzante con le medesime finalità di apprendimento <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Data di nascita</b> ..... (età ..... anni)</p> <p><b>Comune</b> (o Stato estero) di nascita .....</p> <p><b>Provincia</b> .....</p> <p><b>Nazionalità</b> .....</p>
	<p><b>Comune di residenza</b> .....</p> <p><b>Indirizzo di residenza</b> CAP..... Provincia .....</p> <p>Comune di domicilio .....</p> <p>Indirizzo di domicilio (<i>se diverso dal precedente</i>) CAP..... Provincia .....</p>
	<p><b>Telefono</b> .....</p> <p><b>Cellulare</b> .....</p> <p><b>Indirizzo di posta elettronica</b> .....</p>
	<p><b>Titolo di studio</b> ..... ..... conseguito il ...../...../.....</p>
	<p>In possesso di <b>qualificazione professionale</b>  (<i>attinente e/o propedeutica al percorso di tirocinio</i>) conseguita il ...../...../..... presso .....</p> <p>CAP..... Provincia .....</p>

	<p><i>Qualificazioni già in possesso del tirocinante:</i></p> <p><b>Codice Classificazione delle Professioni CP2011 ISTAT</b> .....</p> <p><b>Figura professionale di riferimento</b> .....</p> <p>.....</p> <p><b>Referenziazione delle qualificazioni in ingresso (EQF):</b> .....</p>	
	<p>Tipologia di utente indicata nel Patto di servizio :</p> <p><input type="checkbox"/> disoccupato non beneficiario di strumenti di sostegno al reddito</p> <p><input type="checkbox"/> disoccupato beneficiario di strumenti di sostegno al reddito</p> <p>(specificare) _____</p> <p><input type="checkbox"/> NEET (Not in Education Employment or Training)</p> <p><input type="checkbox"/> persona con disabilità</p> <p><input type="checkbox"/> persona con disabilità appartenente alle categorie protette di cui alla l. 68/99</p> <p><input type="checkbox"/> persona svantaggiata ai sensi della legge n° 381/1991</p> <p><input type="checkbox"/> studente</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> altra specifica condizione</p> <p>(specificare) _____</p>	
<p><b>4. Dati identificativi del tutor del Soggetto promotore</b></p> <p><i>Tutor responsabile didattico-organizzativo del percorso di tirocinio</i></p>	Nome	
	Cognome	
	C F	
	P Iva	
	Cellulare	
	Email	

	Codice Classificazione delle Professioni CP2011 ISTAT .....	
	<b>Figura professionale di riferimento</b> .....	
	<b>Iscrizione ad Albi</b>	<i>Nazionale:</i> .....
		<i>Regionale:</i> .....
<i>Professionale:</i> .....		
<b>Esperienza</b>	Esperienza documentata in anni nell'ambito della progettazione didattico-formativa N° .....	
<b>5. Dati identificativi del tutor del Soggetto ospitante</b>  <i>Tutor responsabile dell'inserimento e affiancamento del tirocinante sul luogo di lavoro per tutto il periodo previsto dal PFI</i>	Nome	
	Cognome	
	C F	
	P Iva	
	Cellulare	
	Email	
	Titolo di studio/Qualifica	.....
	Mansione svolta in azienda (da CCNL)	.....
	Esperienza professionale nell'ambito	Esperienza professionale documentata in anni nelle attività oggetto del tirocinio .....
<b>6. Elementi identificativi del contesto operativo/organizzativo del tirocinio:</b>		
Classificazione dell'attività in base al livello di rischio		

Obblighi del controllo sanitario per i lavoratori del settore.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CCNL APPLICATO</b> (compilare in modo <u>puntuale e corrispondente con esattezza al titolo dello specifico CCNL</u> , indicato per esteso, con la descrizione della figura professionale di riferimento e della categoria professionale/mansione del lavoratore)		
- Orario settimanale previsto dal CCNL applicato dal soggetto ospitante		
- Settore attività ATECO 07		
- Sede specifica del tirocinio		
- N. lavoratori della sede del tirocinio		
- N. tirocini in corso attivati nella sede di tirocinio		
<b>7. Obiettivi e contenuti del tirocinio extracurricolare</b> (Esprimere l'obiettivo del progetto formativo individuale nella sezione 8.1, attraverso indicazione delle attività e della/e Unità di competenza relative al profilo professionale di cui al repertorio regionale degli standard professionali ad esso associabili. In difetto, utilizzare la sezione 8.2)		
<b>8. Profilo professionale di riferimento del repertorio regionale</b>		
Denominazione:		
Codice identificativo regionale:		
Codice di classificazione ISTAT CP 11:		
Referenziazione EQF:		
Attività oggetto del tirocinio individuate fra quelle indicate nel profilo professionale del repertorio: - -		
Eventuali attività di interesse non presenti fra quelle indicate nel profilo professionale del repertorio: - - - -		

È ammessa l'identificazione di un solo profilo professionale del Repertorio regionale degli standard professionali. In caso di assenza di profilo prossimo agli effettivi obiettivi di apprendimento del tirocinio o di presenza di conoscenze/abilità non ricomprese nello stesso compilare la specifica sezione 8.2.

<b>Unità di competenza 1</b>
Denominazione:

Risultato atteso oggetto del tirocinio:	
EQF da repertorio regionale:	
Conoscenze oggetto del tirocinio:	
Abilità oggetto del tirocinio:	
Individuare le conoscenze e le abilità professionali oggetto del tirocinio fra quelle ricomprese nell'ambito dell'unità di competenza di riferimento. Ripetere per ogni singola Unità di Competenza da acquisire con il tirocinio extracurriculare relativa al profilo professionale individuato.	
<b>8.1 In caso di non presenza, nel Repertorio regionale degli standard professionali, di profilo coerente con i contenuti del tirocinio extracurriculare indicare le seguenti coordinate, desumibili dalla consultazione dell'Atlante del lavoro e delle qualificazioni, disponibile all'indirizzo: <a href="https://atlantelavoro.inapp.org/">https://atlantelavoro.inapp.org/</a></b>	
Settore Economico-Professionale:	
Area di Attività (AdA)	
Attività oggetto del tirocinio individuate fra quelle indicate nell'Area di Attività (AdA):	
-	
-	
-	
<b>Note metodologiche e chiarimenti per le attività di monitoraggio in itinere:</b>	
<b>8.2 Esclusivamente in caso di tirocini extracurricolari riservati ai soggetti "presi in carico" dai Servizi sociali e i Servizi sanitari dell'Umbria territorialmente competenti, compilare aggiuntivamente la seguente sezione</b>	
Per tirocini extracurricolari riservati ai disabili di cui all'articolo 1, comma 1, della legge n. 68/99; persone svantaggiate ai sensi della legge n. 381/1991; richiedenti protezione internazionale e titolari di status di rifugiato e di protezione sussidiaria ai sensi del DPR n. 21/2015; vittime 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 d.lgs. 286/1998; vittime di tratta ai sensi del D.lgs. n. 24/2014. <i>(Sezione da compilare a cura dei Servizi che attivano come Soggetti Promotori, nell'ambito dei</i>	Finalità generali del tirocinio:
	Finalità specifiche:
	Obiettivi:

<p><i>rispettivi programmi territoriali o Piani sociali di assistenza integrata e inclusione, progetti individuali di tirocinio extracurricolare con finalità socializzanti, osservative o terapeutico-riabilitative oltre che di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento, in deroga alle disposizioni della Direttiva regionale).</i></p> <p>Ai sensi dell'art. 16, punto 3 della Direttiva regionale vigente in Umbria, al fine di garantire la piena realizzazione del <b>"Progetto personalizzato di integrazione sociale e lavorativa"</b> predisposto dai Servizi Sociali regionali competenti, il PFI prevede le seguenti circostanziate deroghe alle modalità di attuazione e svolgimento del tirocinio extracurricolare:</p> <p><i>(Nel PFI, dovrà essere esplicitamente motivata ciascuna deroga applicata, rendendone monitorabili gli effetti).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>a)</b> alla durata (oraria, giornaliera, mensile);</li> <li><input type="checkbox"/> <b>b)</b> ai prerequisiti in termini di competenze da parte del beneficiario;</li> <li><input type="checkbox"/> <b>c)</b> alle modalità di acquisizione in azienda dei contenuti formativi da parte del beneficiario;</li> <li><input type="checkbox"/> <b>d)</b> al ruolo e funzioni dei tutori;</li> <li><input type="checkbox"/> <b>e)</b> alla definizione della quota d'indennità, che potrà essere erogata anche dal soggetto promotore, anziché dal soggetto ospitante;</li> <li><input type="checkbox"/> <b>f)</b> alla ripetibilità presso lo stesso soggetto ospitante dell'esperienza di tirocinio di un medesimo beneficiario dell'azione formativa o riabilitativa;</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Altra eventuale deroga applicata in ottemperanza all'art. 16 della Direttiva regionale vigente in Umbria:</b></li> </ul> <hr/> <hr/>		
<p><b>Tipologia del tirocinio d'integrazione sociale e lavorativa:</b></p>			
<p><b>Note metodologiche e chiarimenti per le attività di monitoraggio in itinere e finali:</b></p>			
<p><b>Allegare relazione analitica del Soggetto Promotore, sottoscritta dal tutor didattico-organizzativo responsabile del tirocinio, nella quale vanno esplicitamente motivate le scelte operate in merito alle eventuali deroghe previste, dal PFI, alla Direttiva regionale vigente.</b></p>			
		<p>assolta</p>	<p>da assolvere</p>

<p><b>9. Obbligo di formazione alla sicurezza e prevenzione infortuni del tirocinante nel luogo di lavoro.</b></p> <p><i>(Generale e specifica per ciascuna area di attività. Indicare per ciascun modulo se già assolto o da assolvere nell'ambito del tirocinio extracurricolare)</i></p> <p><i>Si ritiene assolta se già registrata nel libretto formativo del cittadino.</i></p>	<b>Modulo di formazione generale</b>				
	<b>Moduli di formazione specifica</b>				
	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
6.					
<b>10. Modalità di svolgimento e organizzazione del tirocinio:</b>					
<b>Durata e tempistica del tirocinio</b>					
<b>11. Tempi di accesso e permanenza:</b>	Giornaliera in ore		Settimanale in ore		Mensile
	Lunedì		N° massimo di settimane previste	N° massimo di mesi consecutivi previsti	
	Martedì				
	Mercoledì				
	Giovedì				
	Venerdì		Media ore Settimanali	.....	
	Sabato				
	Domenica				
<b>12. Garanzie assicurative</b>					
Posizione assicurativa INAIL (aperta dal Soggetto ospitante): _____					

	Polizza assicurativa Responsabilità Civile verso Terzi:  _____
	Altre eventuali coperture assicurative:  _____

### INDENNITÀ DI PARTECIPAZIONE

(N.B.: l'indennità corrisposta a fronte di una partecipazione minima al percorso formativo pari al 70%, su base mensile)

Importo lordo mensile corrisposto al Tirocinante: Euro \_\_\_\_\_

Corresponsione effettuata da ARPAL Umbria

Altri benefit previsti: \_\_\_\_\_

### NEL CASO DI BENEFICIARI DI MISURE DI SOSTEGNO AL REDDITO:

Tipo di misura: \_\_\_\_\_ Durata della misura dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_

Importo mensile della misura: \_\_\_\_\_

### ATTESTAZIONE DEGLI APPRENDIMENTI ACQUISITI

Il Tirocinante ha diritto all'attestazione degli apprendimenti acquisiti secondo quanto previsto dall'art. 11 della Direttiva regionale di attuazione dei tirocini extracurricolari, DGR n° 202/2019.

### SOTTOSCRIZIONE PER PRESA VISIONE ED ACCETTAZIONE

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma per il Soggetto promotore: \_\_\_\_\_

Firma per il Soggetto ospitante: \_\_\_\_\_

Firma Tirocinante: \_\_\_\_\_

## PRIVACY

Titolari del Trattamento sono il Soggetto promotore ed il Soggetto ospitante.

Responsabile/i del Trattamento - Soggetto promotore \_\_\_\_\_

Responsabile/i del Trattamento - Soggetto ospitante \_\_\_\_\_

I dati sopra riportati sono utilizzati per le finalità connesse al presente progetto formativo individuale da parte dei Titolari del Trattamento. Il trattamento dei dati personali acquisiti viene eseguito: in modalità automatizzata (gestione dei dati mediante utilizzo di strumenti informatici) e/o in modalità cartacea (raccolta, registrazione, conservazione, utilizzo dei documenti mediante fascicoli, schede, raccoglitori ed archivi). Il conferimento dei dati è necessario in quanto l'eventuale rifiuto comporta l'impossibilità da parte del Soggetto promotore e del Soggetto ospitante a procedere all'espletamento dei compiti di cui sopra. I dati personali forniti saranno comunicati a soggetti pubblici e/o privati solo quando ciò sia previsto dalla legge o dai regolamenti attuativi del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni. In nessun caso i dati saranno diffusi.

Il Tirocinante presta il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari eventualmente conferiti. In caso di tirocini extracurricolari realizzati a favore di persone svantaggiate, prese in carico da strutture sociali e/o sanitarie regionali competenti, il progetto formativo individuale deve essere firmato da un genitore o chi ne esercita la potestà genitoriale o tutela.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma Tirocinante \_\_\_\_\_