Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU

MINISTERO del LAVORO e delle POLITICHE SOCIALI

ANPAL Agenzia Nazionale Politiche Attive del Lavoro

Regione Umbria

arpal umbria agenzia regionale politiche attive lavoro

GOL Garanzia Occupabilità Lavoratori

Allegato O.1

REGISTRO INDIVIDUALE DI TIROCINIO EXTRA CURRICULARE

Cod. CUP_____

Nome e Cognome beneficiario _____ Codice Fiscale_____

N. identificativo del patto di servizio personalizzato _____ del __/__/____

Assegno GOL rilasciato in data __/__/____

APL/CPI di riferimento_____

Soggetto promotore_____

Tutor _____

Soggetto Ospitante _____

Sede Tirocinio_____

Tutor Aziendale _____

Data inizio tirocinio ___/___ / ___ **Data conclusione tirocinio** ___/___ / ___

Cognome

Nome

Anno

Mese

Totale ore mensili programmate
Totale ore mensili effettuate

Data[1]	MATTINA		POMERIGGIO		Causale (*)	n. ore	Firma del Tirocinante	Attività svolta / annotazioni
	Orario inizio	Orario fine	Orario inizio	Orario fine				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				

(*) Causale[2]	
F	Festività riconosciute
C	Chiusura ≥ 15 gg.
G	Maternità
M	Malattia ≥ 1/3 ore totali

[1] *Inserire in modo continuativo (**senza righe vuote**) **solo i giorni di presenza** e i giorni riferiti alle causali indicate.*

[2] *Le causali (che riguardano solo le sospensioni e i giorni di festività riconosciute) dovranno comunque essere utilizzate nel rispetto di quanto disposto dalla Direttiva Tirocini*

Il Rappresentante Legale dell'Ente Ospitante
(*Timbro e firma*)
……..

Il tutor aziendale
(*Firma*)
……..

Il tutor dell'Ente Promotore
Timbro e Firma)
……..

Cognome

Nome

Anno

Mese

Totale ore mensili programmate
Totale ore Effettuate

Data[1]	MATTINA		POMERIGGIO		Causale (*)	n. ore	Firma del Tirocinante	Attività svolta / annotazioni
	Orario inizio	Orario fine	Orario inizio	Orario fine				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				

(*) Causale[2]	
F	Festività riconosciute
C	Chiusura ≥ 15 gg.
G	Maternità
M	Malattia ≥ 1/3 ore totali

[1] *Inserire in modo continuativo (**senza righe vuote**) **solo i giorni di presenza** e i giorni riferiti alle causali indicate.*

[2] *Le causali (che riguardano solo le sospensioni e i giorni di festività riconosciute) dovranno comunque essere utilizzate nel rispetto di quanto disposto dalla Direttiva Tirocini*

Il Rappresentante Legale dell'Ente Ospitante
(*Timbro e firma*)
……..

Il tutor aziendale
(*Firma*)
……..

Il tutor dell'Ente Promotore
Timbro e Firma)
……..

Cognome

Nome

Anno

Mese

Totale ore mensili programmate
Totale ore mensili effettuate

Data[1]	MATTINA		POMERIGGIO		Causale (*)	n. ore	Firma del Tirocinante	Attività svolta / annotazioni
	Orario inizio	Orario fine	Orario inizio	Orario fine				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				

(*) Causale[2]	
F	Festività riconosciute
C	Chiusura ≥ 15 gg.
G	Maternità
M	Malattia ≥ 1/3 ore totali

[1] *Inserire in modo continuativo (**senza righe vuote**) **solo i giorni di presenza** e i giorni riferiti alle causali indicate.*

[2] *Le causali (che riguardano solo le sospensioni e i giorni di festività riconosciute) dovranno comunque essere utilizzate nel rispetto di quanto disposto dalla Direttiva Tirocini*

Il Rappresentante Legale dell'Ente Ospitante
(*Timbro e firma*)
……..

Il tutor aziendale
(*Firma*)
……..

Il tutor dell'Ente Promotore
Timbro e Firma)
……..

Cognome

Nome

Anno

Mese

Totale ore mensili programmate

Totale ore mensili effettuate

Data[1]	MATTINA		POMERIGGIO		Causale (*)	n. ore	Firma del Tirocinante	Attività svolta / annotazioni
	Orario inizio	Orario fine	Orario inizio	Orario fine				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				
___/___/_____	___:___	___:___	___:___	___:___				

(*) Causale[2]	
F	Festività riconosciute
C	Chiusura ≥ 15 gg.
G	Maternità
M	Malattia ≥ 1/3 ore totali

[1] *Inserire in modo continuativo (**senza righe vuote**) **solo i giorni di presenza** e i giorni riferiti alle causali indicate.*
[2] *Le causali (che riguardano solo le sospensioni e i giorni di festività riconosciute) dovranno comunque essere utilizzate nel rispetto di quanto disposto dalla Direttiva Tirocini*

Il Rappresentante Legale dell'Ente Ospitante
(*Timbro e firma*)
……..

Il tutor aziendale
(*Firma*)
……..

Il tutor dell'Ente Promotore
Timbro e Firma)
……..

INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL REGISTRO INDIVIDUALE DI TIROCINIO

- Il registro deve essere compilato per mese solare il tirocinante deve apporre la propria firma di entrata ed uscita nel momento stesso in cui entra o esce dalla sede del soggetto ospitante e non successivamente o anticipatamente. Dovrà altresì indicare, nell'apposito riquadro l'attività svolta nella giornata
- Le registrazioni devono essere effettuate con inchiostro indelebile (nero o blu)
- e eventuali correzioni devono essere eseguite apponendo una barra ed una sigla sopra le registrazioni errate, consentendo in tal modo la lettura delle scritture preesistenti. È vietato l'utilizzo di bianchetto o di modalità diverse da quella sopra menzionata
- Tra l'una e l'altra registrazione, non devono essere lasciate righe non compilate
- I sabati e le domeniche, a meno che non sia effettivamente avvenuta attività lavorativa in tali giornate, non vanno indicati nel registro
- Vanno annotati nel registro le festività solo se ricadenti in giorno lavorativo previsto dal Progetto formativo e va utilizzata la **causale F**.
- Le eventuali assenze del tirocinante non devono essere annotate nel registro a meno che si tratti di malattia o infortunio di durata pari o superiore ad 1/3 del totale delle ore di tirocinio **(causale M)**
- La chiusura aziendale (estiva o invernale) va annotata nel registro con la **causale C** soltanto se pari o superiore a 15 giorni di calendario. Dovrà essere poi recuperata al termine del periodo programmato
- La maternità va annotata nel registro utilizzando la **causale G**
- Si ricorda che l'impegno formativo giornaliero e settimanale previsto dal progetto formativo non può superare, in ogni caso, l'orario giornaliero e settimanale previsto dal C.C.N.L. di riferimento
- I riquadri posti a sinistra della pagina del registro e destinati alla annotazione delle ore devono essere compilati dal soggetto promotore secondo le direttive della Regione Umbria, GEO rev. n. 4 del 27 novembre 2019
- Il tutor aziendale ed il rappresentante legale del soggetto ospitante dovranno apporre la propria firma in corrispondenza di ogni pagina del registro al fine di validare le ore effettuate dal tirocinante nel periodo (mese solare).
- Il rappresentante legale del soggetto ospitante dovrà apporre anche il timbro dell'azienda
- Non è consentito firmare con la sigla; è necessario firmare per esteso ed in maniera leggibile in modo da ricondurre la firma al soggetto
- Il Soggetto Promotore verifica la corretta compilazione del registro ai fini del riconoscimento dell'indennità di partecipazione del tirocinante
- Il registro relativo al tirocinio dovrà essere conservato presso la sede del soggetto ove si svolge il tirocinio, sia durante l'orario di esecuzione dell'attività che al dì fuori della stessa, al fine di consentire ai soggetti preposti al controllo di verificarne in ogni momento lo stato e la corretta compilazione. Nel caso in cui il tirocinio venga svolto su più sedi, il registro va reso disponibile quotidianamente nella sede di effettivo svolgimento.
- Qualora il tirocinante debba effettuare parte della propria attività giornaliera fuori sede, dovrà preventivamente annotarlo nel registro di tirocinio, nello spazio riservato all"'attività svolta/annotazioni", indicando luogo ed orario, al fine del riconoscimento dell'orario previsto per l'attività programmata. In ogni caso, il registro dovrà essere conservato presso la sede del soggetto ospitante.