



Regione Umbria



ALLEGATO O

## REGISTRO INDIVIDUALE DI TIROCINIO CURRICULARE

Cod. CUP \_\_\_\_\_

**Titolo corso** \_\_\_\_\_

Codice \_\_\_\_\_ (specificare edizione)

**Organismo di formazione titolare** \_\_\_\_\_

Tutor \_\_\_\_\_

**Nome e Cognome beneficiario** \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Numero Patto di servizio \_\_\_\_\_

**APL/CPI di riferimento** \_\_\_\_\_

**Soggetto Ospitante** \_\_\_\_\_

Sede Tirocinio \_\_\_\_\_

Tutor Aziendale \_\_\_\_\_



<b>COGNOME</b>
<b>NOME</b>
<b>MESE</b>
<b>ANNO</b>
<b>Totale ore mensili Programmate</b>

<b>Totale ore Effettuate</b>

<b>(*) CAUSALE</b>	
<b>F</b>	FESTIVITA' RICONOSCIUTE
<b>C</b>	CHIUSURA ≥ 15 GG.
<b>G</b>	MATERNITA'
<b>M</b>	MALATTIA ≥ 1/3 ORE TOTALI

<b>Il Rappresentante Legale dell'Ente Ospitante</b> (timbro e firma)
<b>Il tutor aziendale</b> (timbro e firma)
<b>Il tutor dell'Organismo di formazione</b> (firma)

<b>Totale ore mensili Effettuate</b>

<b>Totale ore Programmate</b>