

SCHEMA DI PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE

ANAGRAFICA GENERALE

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

TIPOLOGIA TIROCINANTE	
☐	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
☐	Lavoratore beneficiario di strumenti di sostegno al reddito in costanza di rapporto di lavoro
☐	Lavoratore a rischio di disoccupazione
☐	Soggetto già occupato che sia in cerca di altra occupazione
☐	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)
☐	Studente

SOGGETTO PROMOTORE	
Denominazione	
Sede legale in	Indirizzo stradale completo di numero civico
Comune	
C.A.P.	
Provincia	Sigla
Codice Fiscale/P.IVA	
Sede operativa	Indirizzo stradale completo di numero civico della sede operativa responsabile della gestione del tirocinio
Comune	
C.A.P.	
Provincia	Sigla
Responsabile	Nominativo del responsabile della gestione del tirocinio (può corrispondere al tutor)
Telefono*	
Mail *	

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

NATURA GIURIDICA SOGGETTO OSPITANTE	
☐	Pubblica amministrazione (art.1 c.36 L.92/2012)
☐	Altri soggetti
Settore ATECO attività	

INFORMAZIONI SPECIFICHE

CONVENZIONE DI RIFERIMENTO	
Sottoscritta in data	
N. Convenzione di riferimento	
Tipologia di Convenzione	Inserire se individuale o collettiva

DISCIPLINA DI RIFERIMENTO	
Regione Lombardia	

TIPOLOGIA DEL PROGETTO	
☐	Programma di rilevanza nazionale approvato in accordo con Regione Lombardia (indicare quale)

TIPOLOGIA DI TIROCINIO	
☐	Tirocinio extracurricolare
☐	Tirocinio extracurricolare rivolto a studenti durante il periodo estivo (Età non inferiore ai 16 anni compiuti)

CONTRATTO DI LAVORO	
Inserire CCNL applicato dal soggetto ospitante	

NUMERO ADDETTI DELLA SEDE OPERATIVA DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO (la compilazione non è richiesta per i tirocini attivati in favore di soggetti disabili o svantaggiati)	
☐	0 -5 addetti
☐	6 -20 addetti
(Se maggiore di 20, inserire numero di dipendenti nella sede operativa)	Maggiore di 20 addetti
	Numero di tirocini extracurricolari in corso nella sede di svolgimento del tirocinio

ATTIVAZIONI IN DEROGA	
<i>(la compilazione non è richiesta per i tirocini attivati in favore di soggetti disabili o svantaggiati)</i>	
☐	Un tirocinio se ha assunto almeno 20% dei tirocinanti extracurricolari attivati nei 24 mesi precedenti
☐	Due tirocini se ha assunto almeno il 50% dei tirocinanti extracurricolari attivati nei 24 mesi precedenti
☐	Tre tirocini se ha assunto almeno il 75% dei tirocinanti extracurricolari attivati nei 24 mesi precedenti
☐	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*	
Maii*	

TUTOR AZIENDALE	
Nome	
Cognome	
Livello di inquadramento	
N. anni di esperienza lavorativa	
Esperienze e competenze professionali possedute a comprova dell'adeguatezza allo svolgimento dell'incarico di tutor	
N. di tirocinanti affidati ad avvio del presente tirocinio (massimo 3 tirocinanti contemporaneamente)	
Telefono*	
Maii*	

INDENNITÀ DI PARTECIPAZIONE (vedi art. 5 Convenzione)	
<i>Inserire importo mensile lordo</i>	
☐ BUONI PASTO	☐ 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>

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>	

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	

OBBLIGHI 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.	

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; - 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	Inserire denominazione
	Timbro e firma <i>(del Rappresentante legale o suo delegato)</i>

Il soggetto ospitante	Inserire denominazione
	Timbro e firma <i>(del Rappresentante legale o suo delegato)</i>

Il tirocinante (o il suo rappresentante legale, qualora minorenne)	Inserire nome e cognome
	Firma

LEGENDA: * = Campi NON obbligatori