



**PROGETTO DI TIROCINIO FORMATIVO A BENEFICIO DI CITTADINI STRANIERI
NON APPARTENENTI ALL'UNIONE EUROPEA RESIDENTI ALL'ESTERO**

(Art. 40, co. 10, D.P.R. 394/1999; art. 3, comma 2, D.M. 22 marzo 2006)

(Rif. Convenzione n. _____ stipulata in data _____)

DATI DEL SOGGETTO PROMOTORE

Denominazione _____
Legale rappresentante _____ nato a _____ il _____._____._____
Comune Sede Legale _____ Prov. _____ Indirizzo _____
Tel. ____/____/____ fax ____/____/____ e-mail _____ pec _____
Codice fiscale _____ Partita IVA _____ Natura giuridica _____
Attività economica esercitata _____ Anni di attività _____
Iscrizione CCIAA di _____ in data _____ R.E.A. n. _____ cod. ATECO _____

DATI DEL SOGGETTO OSPITANTE

Denominazione _____
Legale rappresentante _____ nato a _____ il _____._____._____
Comune Sede Legale _____ Prov. _____ Indirizzo _____
Tel. ____/____/____ fax ____/____/____ e-mail _____ pec _____
Codice fiscale _____ Partita IVA _____ Natura giuridica _____
Attività economica esercitata _____ Anni di attività _____
Iscrizione CCIAA di _____ in data _____ R.E.A. n. _____ cod. ATECO _____
Dipendenti in forza n. _____ di cui a tempo indeterminato n. _____ di cui a tempo determinato n. _____
Tirocini di formazione già in corso alla data odierna n. _____

DATI DEL TIROCINANTE

Cognome e nome _____ Sesso M () F ()
Stato di nascita _____ luogo di nascita _____ data _____._____._____
Cittadinanza extra U.E. _____ Stato civile _____ Codice fiscale _____
Passaporto n. _____ rilasciato da _____ il _____._____._____ scadenza _____._____._____
Stato estero di residenza _____ Indirizzo _____
tel./cell. ____/____/____ e-mail _____ Permessi di guida SI () NO ()

Esperienze formative

Titolo di studio _____ conseguito nell'anno _____
presso l'Istituto/Università _____ corrispondente al livello _____ EQF
Titolo di studio in corso di conseguimento _____
presso l'Istituto/Università _____ corrispondente al livello _____ EQF

Altre esperienze formative

Titolo e tipologia del corso _____ anno _____ durata ore/mesi _____

Ente Organizzatore _____ conseguimento della qualifica SI () NO ()

Titolo e tipologia del corso _____ anno _____ durata ore/mesi _____

Ente Organizzatore _____ conseguimento della qualifica SI () NO ()

Altre informazioni

Stato occupazionale nel Paese di origine

Inoccupato () Disoccupato ()

Esperienze lavorative

Esperienze lavorative nel settore di riferimento NO () SI () Descrizione _____

Esperienze lavorative in altro settore NO () SI () Descrizione _____

Conoscenze linguistiche

Lingua madre _____ Altre lingue conosciute _____

Lingua italiana NO () SI () Specificare il livello QCRE ed eventuali certificazioni _____

Lingua richiesta per l'esecuzione del progetto _____ certificata a livello QCRE _____

Appresa (specificare eventuali certificazioni) _____

Altri elementi che evidenzino una correlazione tra esperienze pregresse e le attività del tirocinio

Percorso formativo professionale avviato nel Paese di origine e da completare

Figura professionale oggetto del tirocinio

Sede di svolgimento del tirocinio

1. Comune _____ Prov. _____ Indirizzo _____
tel. ____/____ Area aziendale di inserimento _____

2. Comune _____ Prov. _____ Indirizzo _____
tel. ____/____ Area aziendale di inserimento _____

Durata del tirocinio

n. _____ mesi a decorrere dal ____ . ____ . ____ e fino al ____ . ____ . ____

Orario di svolgimento del tirocinio

- lunedì dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____;
- martedì dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____;
- mercoledì dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____;
- giovedì dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____;
- venerdì dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____;
- sabato dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____;
- domenica dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____.

Tutore indicato dal soggetto promotore _____

titolo di studio _____ professione _____

Responsabile indicato dal soggetto ospitante _____

titolo di studio _____ professione _____

Polizze Assicurative da sottoscrivere per il tirocinante

- infortuni sul lavoro INAIL n. _____/_____ accesa presso la sede di _____
- responsabilità civile polizza n. _____ Compagnia _____

Obiettivi del tirocinio

- sviluppare le competenze del tirocinante in relazione alla figura professionale oggetto del tirocinio ai fini del completamento di un percorso formativo professionale da esso avviato nel suo Paese di origine;
- sviluppare la conoscenza delle funzioni di seguito specificate: _____

- altro (specificare) _____

Modalità di svolgimento del tirocinio e metodologia di apprendimento

- alternanza formazione teorico-pratica;
- affiancamento del tirocinante a soggetti interni e/o esterni professionalmente qualificati;
- somministrazione al tirocinante di nozioni di difficoltà gradualmente crescente secondo le sue capacità di apprendimento;
- pianificazione (planning) delle attività secondo un calendario settimanale () quindicinale () mensile ();
- verifica ed eventuale rimodulazione del percorso formativo;
- altro (specificare) _____

Piano formativo

- conoscenza della lingua italiana a livello A1 (qualora non già posseduta) e delle principali terminologie tecniche connesse alla pratica lavorativa;
- acquisizione di competenze relative alla organizzazione aziendale e del lavoro ed ai diritti e doveri dei lavoratori e delle imprese;
- acquisizione di conoscenze relative alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (decreto leg.vo n. 81/2008 e successive modifiche ed integrazioni), concernenti i corretti comportamenti da adottare ai fini della salvaguardia della propria e della altrui saluti nonché l'utilizzazione dei dispositivi di protezione individuale;
- contenuti tecnico-professionali specifici (indicare in dettaglio) _____

Obblighi del soggetto ospitante

- fornitura a sue spese ed in favore del tirocinante della seguente idonea sistemazione alloggiativa:
Comune _____ Prov. _____ Indirizzo _____
superficie mq. _____ persone occupanti n. _____
- fornitura a sue spese ed in favore del tirocinante dell'idoneo vitto, secondo le seguenti modalità di erogazione:
() erogazione diretta dei pasti a cura del soggetto ospitante per tutti i giorni di calendario
() mensa aziendale per tutti i giorni di calendario

- () buoni pasto giornalieri pari ad euro _____ cadauno, spettanti per tutti i giorni di calendario
- () rimborso spese pari ad euro _____ giornalieri, spettante per tutti i giorni di calendario
- pagamento dell'indennità di partecipazione di euro _____ (_____) mensili
- obbligo nei confronti dello Stato al pagamento delle spese di viaggio del tirocinante per il suo eventuale rientro forzato nel Paese di provenienza
- altro _____

Obblighi del tirocinante

- svolgere le attività previste dal piano formativo seguendo le indicazioni dei tutori e facendo riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze;
- rispettare i tempi e gli orari di frequenza del tirocinio;
- rispettare i regolamenti interni e le norme disciplinari in uso presso il soggetto ospitante;
- rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
- mantenere, anche dopo lo svolgimento del tirocinio, la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio stesso.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Con la sottoscrizione del presente progetto si autorizza il trattamento dei dati personali del soggetto ospitante e del tirocinante ai sensi e per gli effetti del decreto lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni.

Dichiarazione di responsabilità del soggetto ospitante

Nella consapevolezza delle conseguenze penali connesse a dichiarazioni non veritiere ed alla formazione e/o all'uso di atti falsi, il soggetto ospitante dichiara, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- che tutti i dati sopra riportati e che tutti i documenti allegati sono veri;
- che la sistemazione alloggiativa fornita al tirocinante è rispettosa delle condizioni prescritte dal Decreto del Ministero della Sanità del 5 luglio 1975 – concernente i requisiti igienico-sanitari principali dei locali di abitazione ed i requisiti minimi di superficie dell'alloggio in relazione al numero previsto degli occupanti – e dalla conseguente deliberazione in merito adottata dalla competente Giunta Comunale;
- di essere in regola con i versamenti e gli adempimenti nei confronti dell'INPS, dell'INAIL e delle Casse edili;
- di essere in regola con gli obblighi e gli adempimenti di cui alle leggi n. 68/1999 e n. 81/2008;
- di applicare il C.C.N.L. _____.

Luogo e data _____

Firma del tirocinante per presa visione, accettazione ed asseverazione
(da apporre all'atto del rilascio del visto d'ingresso)

Firma e timbro del soggetto ospitante

REGIONE CAMPANIA
visto ed autorizzato

Firma e timbro del soggetto promotore
