**ALLEGATO A10 - *Da inserire su Siform 2* *(file pdf o zip) nella sezione “Documenti richiesti”***

**AL SOGGETTO PROMOTORE**

**E p/c**

**ALLA REGIONE MARCHE**

[tirocinigiudiziari2018@regione.marche.it](mailto:tirocinigiudiziari2018@regione.marche.it)

Oggetto: **Comunicazione di sospensione del Tirocinio** (resa ai sensi degli artt. 38 e 47 DPR n. 445/2000):

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ , assegnatario/a del Tirocinio da realizzarsi presso il soggetto ospitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di sospendere la frequenza dell’attività di inserimento lavorativo relativa al Tirocinio assegnato, **dal ………………… al ……………..** per la motivazione di seguito indicata (barrare la casella di riferimento).

Il/la Tirocinante ha diritto a una sospensione del Tirocinio, qualora una delle motivazioni di seguito indicate si protrae per una durata pari o superiore a un terzo del Tirocinio. Il periodo di sospensione non concorre al computo della durata complessiva del Tirocinio. Dopo la sospensione il Tirocinio riprende il suo normale iter, salvo diversa indicazione della Regione Marche.

* MALATTIA LUNGA
* MATERNITA’
* INFORTUNIO
* ALTRO

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/La Tirocinante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per accettazione,

il Tutor del soggetto ospitante

(firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_