**ALLEGATO A11 – *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: **Comunicazioni inerenti il Tirocinio** (resa ai sensi degli artt. 38 e 47 DPR n. 445/2000):

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ , tutor del soggetto ospitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il Tirocinio assegnato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 in merito alla decadenza dai benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, nonché alla responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità:

**COMUNICA**

La variazione di seguito indicata (barrare la casella di riferimento):

* CAMBIAMENTO SEDE

Indicare la nuova sede:

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

* VARIAZIONE ORARIO DI PRESENZA

ORARIO PRECEDENTE:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GIORNO | ENTRATA  ORE | USCITA  ORE | ENTRATA  ORE | USCITA  ORE | FIRMA  TIROCINANTE |
| LUNEDI’ |  |  |  |  |  |
| MARTEDI’ |  |  |  |  |  |
| MERCOLEDI’ |  |  |  |  |  |
| GIOVEDI’ |  |  |  |  |  |
| VENERDI’ |  |  |  |  |  |
| SABATO |  |  |  |  |  |
| DOMENICA |  |  |  |  |  |

VARIAZIONE D’ORARIO:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GIORNO | ENTRATA  ORE | USCITA  ORE | ENTRATA  ORE | USCITA  ORE | FIRMA  TIROCINANTE |
| LUNEDI’ |  |  |  |  |  |
| MARTEDI’ |  |  |  |  |  |
| MERCOLEDI’ |  |  |  |  |  |
| GIOVEDI’ |  |  |  |  |  |
| VENERDI’ |  |  |  |  |  |
| SABATO |  |  |  |  |  |
| DOMENICA |  |  |  |  |  |

* ALTRO:

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/La il Tutor del soggetto ospitante

(Firma)

Per presa visione,

Il/La Tirocinante

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