**ALLEGATO A9 *- Da inserire su Siform 2* *(file pdf o zip) nella sezione “Documenti richiesti”***

**AL SOGGETTO OSPITANTE**

**E p/c**

**ALLA REGIONE MARCHE**

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

Oggetto: **Comunicazione di assenza per motivi diversi da esigenze personali** (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 assentarsi dalla frequenza dell’attività di inserimento lavorativo relativa al Tirocinio assegnato, nei giorni dal …………………al …………….. e/o nelle ore dalle ………………..alle …………………… per la motivazione di seguito indicata (barrare la casella di riferimento):

* MALATTIA
* CURE
* CHIUSURA UFFICI
* CONCORSI PUBBLICI
* DONAZIONE DI SANGUE
* ALTRO

La durata dell’assenza effettuata rientra nei limiti di tempo consentiti dall’Avviso, pertanto non deve essere recuperata.

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

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

Per accettazione, il Tutor del soggetto ospitante

(Firma)

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

In caso di assenza da recuperare, il/la sottoscritto/a dichiara che il calendario dell’attività di esperienza lavorativa a recupero è comunicato tramite l’Allegato 14.

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

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

Per accettazione, il Tutor del soggetto ospitante

(Firma)

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