

## ALLEGATO 3 – SCHEMA DI PROGETTO FORMATIVO\*

### PROGETTO FORMATIVO

#### Dati Tirocinante

- Cognome e Nome:
- Data di nascita:
- Residenza:
- Domicilio:
- Codice Fiscale:
- Cittadinanza:
- Stipula del Patto di presa in carico – GG: data \_\_\_\_\_ con il Centro per l'Impiego di \_\_\_\_\_
- Profiling:
- IBAN:

#### *In caso di stranieri non UE:*

- Cittadinanza:
- Tipo Documento:
- Numero:
- Motivo Permesso:
- Data Rilascio:
- Valido fino al:

#### Attuale condizione

*(viene selezionata uno o più delle seguenti voci)*

- Disoccupato (ai sensi del combinato disposto dell'art. 19 del DLgs 150/2015 e dell'art. 4, co. 15-quater del DL 4/2019)
- Beneficiario di strumenti di sostegno al reddito
- Qualifica-professionale (specificare): \_\_\_\_\_
- Diplomato (specificare): \_\_\_\_\_
- Laureato (specificare): \_\_\_\_\_
- Soggetto svantaggiato (Soggetti appartenenti ad una delle categorie di cui all'art. 3 lettera e) della DGR n. 1474/2017)

#### Soggetto Promotore (art. 4 Avviso pubblico)

- Denominazione:
- Codice Fiscale/Partita IVA:
- Sede legale:

#### Soggetto Ospitante

- Denominazione:
- Codice Fiscale/Partita IVA:

- settore economico:
- Sede:
- Sede del Tirocinio:
- Telefono sede:
- N. lavoratori attivi nell'unità operativa di svolgimento del tirocinio:
  - Con rapporto di lavoro a tempo determinato: \_\_\_\_\_
  - Con rapporto di lavoro a tempo indeterminato (esclusi gli apprendisti):  
 \_\_\_\_\_
- N. tirocini extracurricolari in corso:
  - Attivati presso la medesima unità operativa del tirocinio:  
 \_\_\_\_\_
  - Attivati presso la medesima unità operativa del tirocinio secondo le premialità di cui all'art. 10, comma 2 della DGR n. 1474/2017 \_\_\_\_\_
- Referente aziendale e recapito telefonico diretto:

**Informazioni relative al Tirocinio**

**Periodo presunto di Tirocinio:** (Il Tirocinio deve iniziare il primo giorno del mese)  
 Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Eventuale periodo di sospensione** (per chiusura aziendale di almeno 15 giorni solari):  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Profilo professionale di riferimento per il tirocinante** (Classificazione delle Professioni ISTAT 2011): (CODICE MANSIONE) – (DESCRIZIONE MANSIONE)

**Orario del Tirocinio:** totale ore settimanali ..... così suddiviso:

GIORNO	ENTRATA ORE	USCITA ORE	ENTRATA ORE	USCITA ORE
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

L'orario di Tirocinio non deve essere inferiore a venticinque (25) ore settimanali e non deve superare le 35 ore settimanali. L'orario deve essere comunque coerente con gli obiettivi formativi fissati, secondo le disposizioni di cui all'art. 11 dell'Avviso pubblico.

**Tutor (indicato dal soggetto promotore):**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_



300,00 euro a carico della Regione Marche (a valere sul PON IOG) e da 200,00 euro a carico del soggetto ospitante. Nel caso di soggetti disabili o svantaggiati l'indennità di 500 euro sarà a carico del PON IOG.

L'importo complessivo da erogare sarà, eventualmente, oggetto di conguaglio, previa verifica del raggiungimento del 75% delle ore complessivamente previste nel progetto formativo.

Il mancato raggiungimento del 75% comporta il rimborso delle somme percepite.

Le modalità di liquidazione sono previste nell'art. 12 dell'Avviso pubblico (Allegato A),

**Obblighi del soggetto promotore**

Articolo 7 dell'Avviso (Allegato A), che qui s'intende integralmente riportato.

**Obblighi del soggetto ospitante**

Articolo 8 dell'Avviso (Allegato A), che qui s'intende integralmente riportato.

**Obblighi del tutor del soggetto ospitante**

Articolo 9 dell'Avviso (Allegato A) che qui s'intende integralmente riportato.

**Obblighi del tutor del soggetto promotore**

Articolo 9 dell'Avviso (Allegato A), che qui s'intende integralmente riportato.

**Diritti e Doveri del Tirocinante**

Articolo 10 dell'Avviso (Allegato A), che qui s'intende integralmente riportato.

**Tutela della privacy**

Articolo 21 dell'Avviso (Allegato A), che qui s'intende integralmente riportato.

**Ulteriori annotazioni**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Luogo** .....

**Data** ..... / ..... / .....

.....

.....  
(Firma per presa visione ed accettazione del/la Tirocinante)

.....  
(Firma per il soggetto promotore)



.....  
(Firma per il soggetto ospitante)

.....  
(Firma per presa visione ed accettazione del tutor indicato dal soggetto promotore)

.....  
(Firma per presa visione ed accettazione del tutor indicato dal soggetto ospitante)

*\*Fare il download del documento da SIFORM 2, compilare, firmare e inserire nella piattaforma SIFORM 2 in formato pdf*