****

**ALLEGATO A1 – GENERATO DA SIFORM 2**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Bollo da Euro 16,00

**Spett. le REGIONE MARCHE**

**P. F. Promozione e Sostegno alle politiche attive per il lavoro, corrispondenti servizi territoriali e aree di crisi**

Oggetto: **POR Marche FSE 2014/2020. Priorità di investimento 8.i – Occupazione, Avviso pubblico “Percorsi integrati a carattere sperimentale nell’ambito delle Botteghe Scuola. Euro 652.560,00.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

In riferimento all’Avviso pubblico in oggetto, l’assegnazione di un Percorso integrato per la realizzazione del progetto formativo e di addestramento, descritto e allegato alla presente domanda, da svolgersi presso la Bottega Scuola, di seguito indicata, formalmente riconosciuta ai sensi dell’art. 35 della L.R. 20/2003 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La partecipazione al percorso comporta l’erogazione di un’indennità, come stabilito dallo stesso Avviso pubblico e tale importo dovrà essere versato sul:

Conto corrente – Codice IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intestato o cointestato al sottoscritto/a

Si allega:

1. Convenzione;
2. Progetto formativo;
3. Documenti di identità del Maestro artigiano, tutor e del legale rappresentante soggetto ospitante (se diverso dal Maestro Artigiano).

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’ DEL SOGGETTO RICHIEDENTE EX ARTT. 38 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000.**

Il/La Sig./Sig.ra………………………………………………Nato/a a ……………………………residente a………………………………………Prov……in Via………………………………….….,……………….. CF:……………………………………………………………………………con riferimento all’AVVISO PUBBLICO: “*POR Marche FSE 2014/2020. Priorità di investimento 8.i – Occupazione: Approvazione intervento sperimentale nell’ambito delle Botteghe scuola e delle Linee guida per la realizzazione di progetti integrati -Euro 625.560,00”*, consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R n. 445/2000 in merito alla decadenza dei 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:

**DICHIARA**

* Di essere residente nella Regione Marche
* Di essere disoccupato ai sensi del D.Lgs 150/2015 e s.m. intervenute, alla data della presente domanda, e di essere iscritto presso il CPI di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere in possesso (barrare la casella di riferimento):
* Diploma di scuola di secondo grado media inferiore
* Diploma di scuola di secondo grado media superiore
* Diploma di istruzione superiore (laurea).
* Di non essere percettore di alcun ammortizzatore sociale
* Di non aver instaurato rapporti di lavoro con il soggetto ospitante, di natura subordinata e parasubordinata, anche in missione, con contratto in somministrazione, negli ultimi quattro anni antecedenti la presentazione della domanda.
* Di non avere rapporti di parentela con la persona fisica proprietaria, titolare o socio del soggetto ospitante.

Firma per esteso e leggibile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. Progetto: …………………………

****

**ALLEGATO A2 – GENERATO DA SIFORM 2**

**SCHEMA DI CONVENZIONE**

**TRA**

Bottega Scuola (d'ora in poi “Bottega”)….…..……………………..……………………………………….

Codice Fiscale ……………………………………………………………………………………….………..

Sede in (INDIRIZZO) – (COMUNE) – (PROVINCIA)……………………………………………..............

Rappresentato da……………………………………………………………………………………………...

Nato/a a……………….…………………il…………………………………………………………………….

**E**

Candidato/a – Beneficiario/a (d'ora in poi denominato "Beneficiario/a”): …………………………………………………………………………………………………………………..

Codice Fiscale: ………………………………………………………………………………………………...

INDIRIZZO – COMUNE – PROVINCIA: ……………………...……………………………………………,

…………………………………………………………………………………………………………………..

Nato/a a…………………………….. il ……………………………………………………………………….

**PREMESSO CHE**

Il Percorso integrato è una misura formativa di politica attiva (formativa e di inserimento lavorativo) che, in nessun caso, costituisce un rapporto di lavoro con il soggetto ospitante.

**si conviene quanto segue:**

**Art. 1 – Oggetto della Convenzione**

La premessa costituisce parte integrante e sostanziale della presente Convenzione, nonché gli atti e i documenti (comprensivi degli allegati) richiamati dalla Convenzione stessa.

Il soggetto ospitante si impegna ad accogliere presso le sue strutture **n. 1 Percorso integrato** e quindi un/una beneficiario/a.

Alla presente Convenzione è allegato un **Progetto formativo**, nel quale sono definiti gli obiettivi, le modalità e le regole di svolgimento del percorso integrato; tale progetto costituisce parte integrante e sostanziale della presente Convenzione.

La partecipazione al percorso integrato è rivolta a coloro che sono in possesso dei requisiti indicati dall’art. 4 dell’Avviso pubblico.

**Art. 2 – Obblighi del soggetto ospitante**

Il soggetto ospitante è tenuto agli obblighi indicati nell’art. 5 dell’Avviso (Allegato A), che qui si intendono integralmente riportati.

**Art. 3 – Tutoraggio e Maestri artigiani**

L’attività di tutoraggio e affiancamento per l’apprendimento del mestiere, a favore del beneficiario/a del percorso integrato, è svolta dal Maestro artigiano, titolare dell’impresa artigiana ospitante il percorso integrato o socio lavoratore della stessa.

I Maestri garantiscono la formazione dei partecipanti – beneficiari e trasferiscono la metodologia e le competenze professionali, supervisionando l’intero percorso, come indicato nel progetto formativo.

Il Maestro artigiano, tutor, svolge i compiti indicati nell’art. 7 dell’Avviso (Allegato A) che qui si intendono integralmente riportati.

Le esperienze e le competenze professionali del tutor del soggetto ospitante sono descritte nel progetto formativo.

**Art. 4 – Diritti e doveri del/la beneficiario/a**

I diritti e i doveri del/la beneficiario/a del percorso integrato, sono indicati nell’art. 8 dell’Avviso (Allegato A), che qui si intendono integralmente riportati.

**Art. 5 – Indennità di partecipazione**

La partecipazione al percorso integrato comporta un’indennità mensile pari ad Euro 700,00 al lordo di eventuali ritenute di legge; la regolamentazione di tale indennità e le modalità di erogazione sono indicate all’art. 10 dell’Avviso e nel Progetto formativo allegato alla domanda.

**Art. 6 – Durata della Convenzione**

La presente Convenzione ha durata dal …..…………………………… al …….……………………………

Gli impegni assunti dalle parti con la presente Convenzione permangono fino alla data di conclusione del percorso integrato previsto, attivato e delle eventuali successive proroghe.

L’esecutività della Convenzione è comunque subordinata dall’ammissione a finanziamento della domanda di Percorso integrato, da parte della Regione Marche, secondo quanto stabilito dall’Avviso Pubblico.

**Art. 7 – Compenso per l’attività di tutoraggio**

Per l’attività di tutoraggio è previsto un compenso a favore del Maestro artigiano del valore individuale di Euro 600,00 mensili lordi, per la durata dell’intero percorso integrato (= 12 mesi). La liquidazione di tale compenso avverrà trimestralmente con apposito decreto dirigenziale, dietro rilascio da parte del Maestro artigiano di apposita nota della prestazione professionale svolta.

**Art. 8 – Decadenza**

Le cause di decadenza dal percorso integrato sono indicate dall’art. 14 dell’Avviso pubblico.

Il/la beneficiario/a del contributo deve assicurare la realizzazione dell’attività ammessa a finanziamento, secondo le disposizioni contenute nell’Avviso pubblico, qualora lo/la stesso/a risulti assente, è necessario produrre idonea giustificazione.

L’eventuale reiterazione dell’assenza, senza idonea giustificazione, comporta la decadenza dall’assegnazione concessa.

Sono altresì causa di decadenza:

* Comportamenti tali da far venir meno le finalità del progetto formativo o lesivi di diritti o interessi del soggetto ospitante.
* Mancato rispetto dei regolamenti o delle norme in materia di sicurezza.
* Perdita dello stato di disoccupazione

La motivazione della o delle cause di decadenza deve essere comunicata a tutti gli interessati mediante nota scritta e inserita nel sistema informativo.

**Art. 9 – Trattamento dati personali - Privacy**

Le Parti dichiarano reciprocamente di essere informate e di acconsentire espressamente che i dati personali concernenti i firmatari della presente Convenzione, comunque raccolti in conseguenza e nel corso dell’esecuzione della Convenzione, vengano trattati esclusivamente per le finalità della stessa.

**Art. 10 – Rinvio**

Per tutto quanto non previsto dalla presente Convenzione, le parti fanno riferimento alla legislazione vigente in materia.

**Luogo ……………………… Data …… / …… / …………**

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

(Firma per il/la beneficiario/a del percorso integrato)

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

(Firma per il soggetto ospitante)

Le parti dichiarano di aver preso visione dell’intero Avviso pubblico richiamato in oggetto

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

(Firma per il/la beneficiario/a del percorso integrato)

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

(Firma per il soggetto ospitante)

(Si allega copia dei documenti di riconoscimento dei firmatari).

****

**ALLEGATO A3 – GENERATO DA SIFORM 2**

**SCHEMA DI PROGETTO FORMATIVO**

**Beneficiario/a partecipante percorso integrato**

Cognome e Nome:

Data di nascita:

Residenza:

Domicilio:

Codice Fiscale:

Cittadinanza:

IBAN:

*In caso di stranieri non UE:*

Cittadinanza:

Tipo Documento:

Numero:

Motivo Permesso:

Data Rilascio:

Valido fino al:

**Soggetto Ospitante**

Denominazione:

Sede:

Sede del Tirocinio:

Telefono sede:

**Maestro Artigiano**

Cognome e Nome:

Data di nascita:

Residenza:

Domicilio:

Codice Fiscale:

Cittadinanza:

IBAN:

**Informazioni relative al percorso integrato**

Periodo presunto (Il percorso deve iniziare il primo giorno del mese),

Dal al

**Orario:** totale ore settimanali ……………… così suddiviso:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| GIORNO | ENTRATAORE | USCITAORE | ENTRATAORE | USCITAORE |
| Lunedì |  |  |  |  |
| Martedì |  |  |  |  |
| Mercoledì |  |  |  |  |
| Giovedì |  |  |  |  |
| Venerdì |  |  |  |  |
| Sabato |  |  |  |  |
| Domenica |  |  |  |  |

L’orario settimanale previsto non deve essere inferiore a venticinque (25) ore e non deve superare le trentacinque (35) ore. L’orario deve essere comunque coerente con gli obiettivi formativi fissati, secondo le disposizioni dell’Avviso pubblico.

**Tutor – Maestro artigiano**

Cognome: Nome:

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIZIONE DELL’ESPERIENZA E DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI DEL TUTOR congruenti agli obiettivi del Progetto formativo** | **DURATA IN ANNI** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **TOTALE ANNI** |  |

**Modalità di svolgimento del percorso integrato (Max 10 righe):**

(Descrivere l’ambito/area di inserimento, i compiti e le attività assegnate al/alla partecipante, le modalità di svolgimento ………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..………

**Obiettivi formativi del percorso integrato (Max 10 righe):**

(Descrivere le conoscenze e le competenze da acquisire durante il percorso, il grado di autonomia da conseguire; indicare le modalità di valutazione e verifica dell’andamento dell’addestramento pratico e degli esiti formativi da conseguire):

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

**Indennità:**

L’importo mensile dell’indennità di partecipazione al percorso integrato è di Euro 700,00, al lordo di eventuali ritenute di legge, al raggiungimento della soglia effettiva del 75% del monte ore mensile previsto dal Progetto formativo, nei limiti comunque di un importo complessivo non superiore a Euro 8.400,00 (= Tirocinio di dodici mesi).

Il/la beneficiario/a che non effettua il 75% dell’orario mensile stabilito, può recuperare le ore mancanti, altrimenti non sarà erogata l’indennità mensile prevista.

Le modalità di liquidazione sono previste nell’art. 10 dell’Avviso pubblico.

**Obblighi del soggetto ospitante**

Articolo 5 dell’Avviso (Allegato A), che qui s’intende integralmente riportato.

**Modalità di svolgimento del percorso integrato**

Articolo 6 dell’Avviso (Allegato A), che qui s’intende integralmente riportato.

**Obblighi del Maestro artigiano - Tutor**

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

**Diritti e Doveri del/la destinatario/a beneficiario/a del percorso integrato**

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

**Tutela della privacy**

Articolo 18 dell’Avviso (Allegato A), che qui s’intende integralmente riportato.

**Ulteriori annotazioni**

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

**Luogo ……………………… Data …… / …… / …………**

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

(Firma per presa visione ed accettazione del/la beneficiario/a partecipante)

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

(Firma per il soggetto ospitante)

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

(Firma per presa visione ed accettazione del tutor Maestro artigiano)

****

**ALLEGATO A 3 bis– INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

*(Stampare il modulo compilato presente in SIFORM 2 firmare scansionare e allegare alla domanda)*

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**(*ai sensi dell’art. 13, Regolamento 2016/679/UE - GDPR*)**

La Regione Marche in conformità al Regolamento 2016/679/UE (*General Data Protection Regulation* – GDPR)

La informa sulle modalità di trattamento dei dati da Lei forniti.

Il **Titolare del trattamento** dei dati nei rigauardi del presente Avviso è la Regione Marche - Giunta Regionale, con sede in via Gentile da Fabriano, 9 – 60125 Ancona.

I **Delegati al trattamento** sono il Dirigente della Posizione di funzione “Programmazione nazionale e comunitaria” Andrea Pellei e il Dirigente della P.F. “Promozione e Sostegno alle Politiche per il lavoro, corrispondenti servizi territoriali e aree di crisi”, Roberta Maestri (roberta.maestri@regione.marche.it) .

Il **Responsabile della Protezione dei Dati** ha sede in via Gentile da Fabriano, 9 – 60125 Ancona. La casella di posta elettronica, cui potrà indirizzare questioni relative ai trattamenti di dati che La riguardano, è: rpd@regione.marche.it .

Finalità. I dati personali sono trattati per la partecipazione all’intervento nonché per consentire alla Regione, titolare del trattamento, l’adempimento degli obblighi di monitoraggio, valutazione e controllo previsti dal Reg. (UE) n. 1303/2013 e ss.mm.ii. e dal Reg. (UE)n. 1304/2013 e ss.mm.i.. I dati forniti saranno trattati in maniera informatizzata e manuale per procedere ai necessari adempimenti e alle necessarie verifiche, in relazione allo specifico procedimento amministrativo al quale fanno riferimento. I dati raccolti potranno essere trattati inoltre ai fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici. Gli stessi dati potranno confluire nei sistemi informativi regionali, nazionali e comunitari di gestione e monitoraggio degli interventi finanziati dal Fondo Sociale Europeo (FSE).

**La base giuridica del trattamento** (ai sensi degli articoli 6 e 9 del Regolamento 2016/679/UE) è costituita dal l Reg. (UE) n. 1303/2013 e ss.mm.ii. e dal Reg. (UE)n. 1304/2013 e ss.mm.i..

**Comunicazione dei dati**. I suoi dati personali potranno essere conosciuti esclusivamente dagli operatori della Regione Marche, autorizzati al trattamento, nonché dai beneficiari/attuatori individuati quali Responsabili del trattamento. I dati forniti saranno messi a disposizione dell’Autorità di Certificazione e dell’Autorità di Audit per l’adempimento degli obblighi previsti dai Regolamenti europei. Potranno, inoltre, essere resi disponibili ai Servizi della Commissione Europea, alle Amministrazioni Centrali *(es. MEF-IGRUE, Anpal)* e alle altre Autorità di controllo *(es. Corte dei Conti, Guardia di finanza)* per l’espletamento delle loro funzioni istituzionali. Il trasferimento all'estero dei dati nei paesi extra UE non è previsto e non viene effettuato.

**Periodo di conservazione**. I dati saranno conservati, ai sensi dell'art.5, paragrafo 1, lett.e) del Regolamento 2016/679/UE per fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale), per il tempo stabilito dai regolamenti per la gestione procedimentale e documentale e da leggi e regolamenti in materia.

**Diritti**. Le competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere l’accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica, o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento; potrà inoltre esercitare il diritto alla portabilità dei dati. Ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell’articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede a Roma.

**Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa.**

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_luogo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Firma** per presa visione ed accettazione del/la **Beneficiario/a partecipante Percorso integrato****(**Alle*gare copia, chiara e leggibile, del documento d’identità del firmatario, ai sensi del DPR n. 445/200.)*  |
|  **Firma e timbro** per presa visione ed accettazione **legale rappresentante** soggetto ospitante *(Allegare copia, chiara e leggibile, del documento d’identità del firmatario, ai sensi del DPR n. 445/200.)* |
| **Firma per presa visione ed accettazione del tutor – Maestro Artigiano** *(Allegare copia, chiara e leggibile, del documento d’identità del firmatario, ai sensi del DPR n. 445/200.)* |

****

**ALLEGATO A4 – Comunicazione Accettazione/Rinuncia**

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

**Spett. le REGIONE MARCHE**

**P. F. Promozione e Sostegno alle politiche attive per il lavoro, corrispondenti servizi territoriali e aree di crisi**

Oggetto: **Comunicazione di Accettazione/Rinuncia.** **Avviso pubblico: POR Marche FSE 2014/2020. Priorità di investimento 8.i – Occupazione, “Percorsi integrati a carattere sperimentale nell’ambito delle Botteghe Scuola. Euro 652.560,00”.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A seguito dell’ammissione a finanziamento della domanda presentata con riferimento all’Avviso indicato in oggetto,

**COMUNICA** di :

□ RINUNCIARE AL PERCORSO INTEGRATO ASSEGNATO

□ ACCETTARE IL PERCORSO INTEGRATO ASSEGNATO

**DICHIARA** (in caso di accettazione):

- Di avere preso conoscenza di tutto quanto previsto dall'Avviso pubblico in oggetto.

- Di essere a conoscenza che l’avvio del Percorso integrato dovrà avvenire il primo giorno del mese ed entro (**max) 60 giorni** dalla data di pubblicazione dell’atto di ammissione a finanziamento, pena la decadenza.

- Di non essere assegnatario/a di altra misura di politica attiva, in fase di realizzazione (es Borsa lavoro o tirocinio finanziato con contributi pubblici), al momento dell’avvio del Percorso integrato

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo e data) (firma)

Data presunta inizio attività : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soggetto Ospitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

**ALLEGATO A5 – Obblighi assicurativi.**

**Da inserire su Siform2 (file pdf o zip) nella sezione “Richiesta anticipi/acconti”**

**Spett. le REGIONE MARCHE**

**P. F. Promozione e Sostegno alle politiche attive per il lavoro, corrispondenti servizi territoriali e aree di crisi**

**COMUNICAZIONE POLIZZE ASSICURATIVE A CARICO DEL SOGGETTO OSPITANTE – BOTTEGA SCUOLA**

Il/La sottoscritto/a,.………………………….........................................................................................,

nato/a a…….………...............................................,il*………*.…….…………………………………..,in qualità di legale rappresentante del soggetto ospitante…………………………………………………….,Codice Fiscale ……………………………e P.IVA……………………………………………………………, con sede in (INDIRIZZO) – (COMUNE) – (PROVINCIA)...………………………………………………………………………………………………

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:

**DICHIARA**

* Di aver sottoscritto le seguenti polizze assicurative a proprio carico per il/la partecipante al Percorso integrato (NOME DEL/LA PARTECIPANTE PERCORSO INTEGRATO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Infortuni sul lavoro INAIL posizione n.:

Polizza integrativa RCT n.:

Compagnia assicurativa:

* Che le stesse polizze sono agli atti presso il soggetto promotore

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Si allega copia del documento di Identità |  |  |

****

**ALLEGATO A6 – Registro presenze.**

***Da inserire su Siform2 (file pdf o zip) nella sezione “Richiesta anticipi/acconti”***

**Registro DELLE presenze MENSILI**

(Da compilare mensilmente)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ ,

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:

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

* Data inizio Percorso integrato:
* Soggetto ospitante:
* Maestro artigiano:
* Luogo di svolgimento del percorso:
* Data di conclusione del percorso:

**Mese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GIORNO | ENTRATAORE | USCITAORE | ENTRATAORE | USCITAORE | FIRMATIROCINANTE |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |

N. complessivo di ore da svolgersi nel mese:

N. complessivo di ore effettivamente svolte:

**RELAZIONE di sintesi** sullo svolgimento delle attività inerenti il percorso integrato assegnato e la realizzazione in conformità a quanto stabilito con il progetto formativo.

Luogo e data Il/La Tirocinante

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Maestro artigiano, 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,

**CONFERMA QUANTO SOPRA DICHIARATO DAL/DALLA PARTECIPANTE PERCORSO INTEGRATO**.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_ Il Maestro artigiano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

**ALLEGATO A7 – Attestazione regolare esecuzione.**

**D*a inserire sul SIFORM2 (file pdf o zip) nella sezione “Richiesta anticipi/acconti”***

 **Spett. le REGIONE MARCHE**

 **P. F. Promozione e sostegno alle politiche attive per il lavoro, corrispondenti servizi territoriali e aree di crisi**

**ATTESTAZIONE DI REGOLARE ESECUZIONE TRIMESTRALE**

Il **Maestro artigiano della Bottega Scuola:**

…………………………………………………………………………………..

Ai sensi dell’art. 47 DPR n. 445/2000, consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 dello stesso DPR, 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,

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

Il/la **Beneficiario/a partecipante al percorso integrato assegnato:**

* Cognome e Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Data nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Periodo del percorso integrato**: dal ……. ……… al ……..

Presso il **Soggetto Ospitante (Bottega Scuola)**:

* Denominazione:
* Cod. Fiscale/Partita IVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sede legale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sede del percorso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Maestro Artigiano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ha regolarmente svolto l’attività prevista nel Progetto formativo, nel* ***trimestre di*** *………................ dell’anno …… garantendo una partecipazione effettiva di almeno il 75% del monte ore mensile per ciascun mese, come si evince dal* “Registro delle presenze mensile”, *pertanto*

***SI ATTESTA LA REGOLARE ESECUZIONE***

Oppure

*Ha regolarmente svolto l’attività prevista nel Progetto formativo****, per il solo mese di ………….o per i soli due mesi di*** *………........................................ dell’anno ……. garantendo una partecipazione effettiva di almeno il 75% del monte ore mensile come si evince dal* “Registro delle presenze mensile”, *pertanto*

***SI ATTESTA LA REGOLARE ESECUZIONE***

Si autorizza pertanto il pagamento dell’indennità di partecipazione (ai sensi di quanto previsto all’Art. 10 dell’Avviso Pubblico).

*Non ha regolarmente svolto l’attività prevista nel Progetto formativo, nel* ***trimestre di*** *…............... dell’anno …… , pertanto*

***NON SI ATTESTA LA REGOLARE ESECUZIONE***

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Maestro Artigiano

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

****

**ALLEGATO A8 – Assenze.**

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

**AL SOGGETTO OSPITANTE**

**E p/c**

**ALLA REGIONE MARCHE**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ , assegnatario/a del Percorso integrato da realizzarsi presso la Bottega Scuola:

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

**DICHIARA**

Di assentarsi dalla frequenza dell’attività di inserimento lavorativo 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ESIGENZE PERSONALI

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/La beneficiario/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per accettazione,

Il Maestro artigiano

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

In caso di assenza da recuperare, il/la sottoscritto/a dichiara che il calendario dell’attività di esperienza lavorativa a recupero è comunicato al soggetto promotore tramite l’Allegato A 12.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/La beneficiario/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per accettazione,

Il Maestro artigiano

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

****

**ALLEGATO A9 – Cessazione anticipata.**

**Da i*nserire su Siform2* *(file pdf o zip) nella sezione “Documenti richiesti”***

**AL SOGGETTO OSPITANTE**

**E p/c**

**ALLA REGIONE MARCHE**

Oggetto: **Comunicazione di cessazione anticipata del percorso integrato** (resa ai sensi degli artt. 38 e 47 DPR n. 445/2000):

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ , assegnatario/a del percorso integrato da realizzarsi presso la Bottega Scuola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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:

**DICHIARA**

Di cessare anticipatamente il percorso assegnato, a partire dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per le seguenti motivazioni:

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

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/La Beneficiario/a

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

**Per presa visione**

Il Maestro artigiano

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

****

**ALLEGATO A10 - Sospensione.**

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

**AL SOGGETTO OSPITANTE**

**E p/c**

**ALLA REGIONE MARCHE**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ , assegnatario/a del percorso integrato da realizzarsi presso la Bottega Scuola:: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di voler sospendere la frequenza dell’attività inerente il percorso integrato assegnato,

**dal ………………… al ……………..** per la motivazione di seguito indicata (barrare la casella di riferimento):

* MALATTIA LUNGA
* MATERNITA’
* INFORTUNIO
* ALTRO………………………………………………..;

La sospensione si protrae per una durata pari o superiore ad un mese, fino ad un massimo di 3 mesi.

Il periodo di sospensione non concorre al computo della durata complessiva del percorso integrato; dopo la sospensione il percorso riprende il suo normale iter, salvo diversa indicazione della Regione Marche.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/La destinatario/a

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

Per accettazione,

Il Maestro artigiano

(firma)

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

****

**ALLEGATO A11 – Variazioni.**

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

 **AL SOGGETTO**

**OSPITANTE**

**E p/c**

**ALLA REGIONE MARCHE**

Oggetto: **Comunicazioni inerenti il percorso integrato** (resa ai sensi degli artt. 38 e 47 DPR n. 445/2000):

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ , in qualità di tutor – Maestro artigiano, del percorso integrato 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 DEL PERCORSO INTEGRATO**

Indicare la nuova sede:

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

* **VARIAZIONE ORARIO DI PRESENZA**

ORARIO PRECEDENTE:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GIORNO | ENTRATAORE | USCITAORE | ENTRATAORE | USCITAORE | FIRMATIROCINANTE |
| LUNEDI’ |  |  |  |  |  |
| MARTEDI’ |  |  |  |  |  |
| MERCOLEDI’ |  |  |  |  |  |
| GIOVEDI’ |  |  |  |  |  |
| VENERDI’ |  |  |  |  |  |
| SABATO |  |  |  |  |  |
| DOMENICA |  |  |  |  |  |

VARIAZIONE D’ORARIO:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GIORNO | ENTRATAORE | USCITAORE | ENTRATAORE | USCITAORE | FIRMATIROCINANTE |
| LUNEDI’ |  |  |  |  |  |
| MARTEDI’ |  |  |  |  |  |
| MERCOLEDI’ |  |  |  |  |  |
| GIOVEDI’ |  |  |  |  |  |
| VENERDI’ |  |  |  |  |  |
| SABATO |  |  |  |  |  |
| DOMENICA |  |  |  |  |  |

* **ALTRO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Maestro artigiano

 (Firma)

Per presa visione,

Il/La partecipante beneficiario/a

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



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**ALLEGATO A12 – Recupero presenze.**

**D*a inserire su Siform2* *(file pdf o zip) nella sezione “Richiesta anticipi/acconti”***

**AL SOGGETTO OSPITANTE**

**E p/c**

 **ALLA REGIONE MARCHE**

**Registro RECUPERO presenze**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ , assegnatario/a del percorso integrato da realizzarsi presso la Bottega Scuola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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:

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

* Data inizio Percorso integrato:
* Soggetto ospitante:
* Tutor – Maestro artigiano:
* Orario del percorso
* Data di conclusione del percorso:

Di recuperare n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giornate del mese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GIORNO | ENTRATAORE | USCITAORE | ENTRATAORE | USCITAORE | FIRMATIROCINANTE |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |

N. complessivo di ore da recuperare a seguito del superamento dei limiti di assenze ammessi:

N. complessivo di ore effettivamente svolte:

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/La Beneficiario/a

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Tutor del soggetto ospitante, 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,

**CONFERMA QUANTO SOPRA DICHIARATO DAL/DALLA BENEFICIARIO/A**.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Maestro artigiano

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

****

**ALLEGATO A13 – Variazione IBAN.**

**D*a inserire su Siform2* *(file pdf o zip) nella sezione “Richiesta anticipi/acconti”***

**ALLA REGIONE MARCHE**

Oggetto: **Comunicazioni di variazione IBAN Beneficiario/a percorso integrato** (resa ai sensi degli artt. 38 e 47 DPR n. 445/2000):

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ , assegnatario/a del Percorso integrato da realizzarsi presso la Bottega Scuola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 delle seguenti coordinate IBAN[[1]](#footnote-1) per l’accredito dell’indennità di partecipazione al Percorso integrato, sul proprio conto corrente bancario e/o postale:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Denominazione Istituto bancario: …………………………………………………………………….………………

Filiale ………………………………………………………..

Via ……………………………………………………………..…

Comune …………………………… Prov. …..

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

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

1 - Il codice unico Iban è **obbligatorio** e deve essere composto da nr. **27 caratteri** alfanumerici.

****

**ALLEGATO A14 – Attestazione finale.**

***Da inserire su SIFORM (file pdf o zip) nella sezione “Richiesta anticipi/acconti***

|  |
| --- |
| **ATTESTAZIONE DEI RISULTATI** |
| **RILASCIATO A** |
| ……………………………………………… |  |  |
|  |
| Nato/a a  |  | il |  |  |
|  |
| **BOTTEGA SCUOLA** |
|  |  |  |
|  |
| Sede legale |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
| Sede del percorso integrato  |  |  |
|  |  |  |
| Il Maestro Artigiano(Relativamente alle competenze acquisite e alla conformità con il progetto formativo) |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  **DURATA DEL PERCORSO INTEGRATO** |
|   | **Durata**  |  |  | **Durata in mesi** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **dal** |  *gg mm anno* |  **al** *gg mm anno* |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DESCRIZIONE DELLE COMPETENZE ACQUISITE AL TERMINE DEL PERCORSO** |
| **Attività e compiti svolti** ***(affidati al/la partecipante del Percorso)*** |
|  |
| **Competenze tecnico-professionali acquisite (*sviluppate dal/la partecipante nell'esercizio delle attività e/o compiti svolti)*** |
|  |
| **Competenze trasversali acquisite (*competenze di natura cognitiva/organizzativa/relazionale sviluppate dal/la partecipante nell’espletamento delle attività/compiti affidati)*** |
|  |
| **Altre competenze acquisite (generali o specialistiche *sviluppate nell’espletamento delle attività/compiti affidati e che sono al di fuori di quelle prettamente tecnico-professionali)***  |
|  |
| ***Partecipazione ad ulteriori iniziative formative eventualmente promosse dal soggetto ospitante*** |
| SI No ***Descrizione (Durata in ore, luogo di svolgimento, argomento trattato)*** |

|  |
| --- |
| **VALUTAZIONE SINTETICA FINALE** |
| **GRADO DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO (rispetto agli obiettivi indicati nel Progetto Formativo)** |
| **Insufficiente Sufficiente Discreta Buona Ottima** ***Se la risposta è “insufficiente” si prega di esporre brevemente i motivi che possono avere influito negativamente sulla formazione*:** |
|

1. [↑](#footnote-ref-1)