**ALLEGATO 11bis**

**AL SOGGETTO PROMOTORE**

Oggetto: **Comunicazione di sospensione del tirocinio – COVID19** (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 e formativo relativa al Tirocinio assegnato, **dal …………………al ……………..** per la motivazione di seguito indicata.

Il tirocinante ha diritto a una sospensione del tirocinio, qualora sia costretto ad assentarsi poiché in quarantena o in isolamento a causa del COVID19, anche non trattandosi di malattia. Nonché nei casi di chiusura aziendale sempre a causa del COVID19.

La durata della sospensione può essere inferiore, pari o superiore a un mese. Il periodo di sospensione non concorre al computo della durata complessiva del tirocinio.

Dovrà essere indicata la tempistica da rispettare prescritta dalla vigente normativa e dalle incombenze sanitarie da osservare.

* SOPSENSIONE COVID19

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

Per accettazione,

il Tutor del soggetto ospitante

(timbro e firma)

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

*\* Il soggetto promotore (art. 4 – Allegato A) trasmette tale documento alla Regione Marche tramite l’inserimento nel Sistema Informativo Lavoro della Regione Marche.*