**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 extracurriculari 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:

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

Cognome: Nome:

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

**Modalità di svolgimento del Tirocinio (Max 15 righe):**

(Descrivere per esteso l’ambito/area di inserimento, i compiti e le attività assegnate al Tirocinante, le modalità di svolgimento ………………………………………………………………………………..

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

**Obiettivi formativi del Tirocinio (Max 15 righe):**

(Descrivere le conoscenze e le competenze da acquisire durante il Tirocinio esplicitando il grado di autonomia da conseguire; indicare le modalità di valutazione, di verifica dell’andamento e degli esiti formativi del Tirocinio)

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

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

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

**Indennità:**

Importo indennità mensile**:** Euro 500,00 al lordo di eventuali ritenute di legge, per la partecipazione al superamento della soglia del 75% del monte ore mensile o di frazione di mese previsto dal progetto, nei limiti di un importo complessivo non superiore a Euro 3.000,00 (= tirocinio di sei mesi) o Euro 6.000,00 (= tirocinio di sei mesi) in caso di soggetti disabili o svantaggiati. Si precisa che l’indennità di tirocinio mensile sarà composta da 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*