**ALLEGATO 10\***

**AL SOGGETTO PROMOTORE**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ assegnatario/a del Tirocinio da realizzarsi presso il soggetto ospitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di assentarsi dalla frequenza dell’attività di tirocinio dal …………………al …………….. e/o nelle ore dalle ………………..alle …………………… per la motivazione di seguito indicata (barrare la casella di riferimento):

* MOTIVI PERSONALI
* MALATTIA
* CURE
* CHIUSURA AZIENDA
* CONCORSI PUBBLICI
* DONAZIONE DI SANGUE
* ALTRO (specificare motivazione): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Il/La Tirocinante (firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor del soggetto ospitante (firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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