**ALLEGATO 11\* DA UTILIZZARE PER PERIODI DI ASSENZA CONTINUATIVI PARI O SUPERIORI A UN MESE**

**AL SOGGETTO PROMOTORE**

Oggetto: **Comunicazione di sospensione del tirocinio** (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 sospendere la frequenza dell’attività di tirocinio assegnato, **dal ……………….……al ………………..** per la motivazione di seguito indicata (barrare la casella di riferimento).

Il tirocinante ha diritto a una sospensione del tirocinio, per assenze pari o superiore al mese ed entro il limite massimo di un terzo della durata complessiva del tirocinio.

La sospensione può essere richiesta per una delle motivazioni di seguito indicate.

Il periodo di sospensione non concorre al computo della durata complessiva del tirocinio.

* MALATTIA LUNGA
* MATERNITA’
* INFORTUNIO
* ALTRO (SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma Tirocinante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per accettazione, firma del tutor del soggetto ospitante

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

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