**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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:

* SOSPENSIONE PER QUARANTENA O ISOLAMENTO DOMICILIARE DOVUTO A COVID 19
* SOSPENSIONE PER MALATTIA DOVUTA A COVID 19
* SOSPENSIONE PER CHIUSURA AZIENDALE DOVUTA A COVID 19

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.

Luogo e data ……………………………………………………..

 Il/La 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.*