

Allegato B1

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)
Programma “Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori – GOL”
Avviso pubblico Tirocini

Progetto personalizzato di inclusione
(Rif. Convenzione stipulata in data _____)

Quadro A Soggetto promotore

Ragione Sociale: _____ Codice fiscale/P.Iva: _____
Sede Legale: _____ - _____ (____)
Comune sede operativa che gestisce il tirocinio _____ (Se diverso dal Comune della sede legale)
Categoria del soggetto promotore:
☐ Centri per l'Impiego
☐ Soggetti autorizzati alla intermediazione dall'Agenzia Nazionale per le politiche attive del lavoro ai sensi dell'articolo 9, comma 1, lettera h) del decreto legislativo n. 150/2015 e successive modificazioni ivi inclusi i soggetti di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276 (Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro, di cui alla legge 14 febbraio 2003, n. 30) ovvero accreditati ai servizi per il lavoro ai sensi dell'art. 12 del medesimo decreto legislativo n. 150/2015 o autorizzati dalla Regione ai sensi della legge regionale n. 14/2009 e ammessi al Programma GOL ai sensi dell'Avviso di cui al Decreto Dirigenziale n. 517 del 13/10/2022.
Tutor di inclusione-organizzativo indicato dal soggetto promotore: _____ CF _____
Recapito tutor didattico-organizzativo: tel _____ Email: _____

Quadro B Tirocinante

-	Nome e cognome:	_____	CF:	_____
-	Data di nascita:	__/__/____	Luogo di nascita:	_____ (____) Cittadinanza: _____
-	Residenza:	_____ - _____		(____)
-	Domicilio (se diverso dalla residenza)	_____		
-	Titolo di studio:	_____		
-	Tel:	_____	email	_____
-	Permesso di soggiorno	_____	numero documento	_____
-	Motivo del permesso	_____	Scadenza del permesso	_____
-	Titolo di istruzione/formazione conseguito dal tirocinante	_____		
-		_____, Data in cui il titolo è stato conseguito __/__/____		
-	Presso	_____		
	☐	Diploma scuola media di primo grado		
	☐	Qualifica professionale		
	☐	Diploma scuola media di secondo grado		
	☐	Laurea		
	☐	Master universitario		
	☐	Dottorato		

Quadro C Tipologia di tirocinante

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | Persone che sono in carico da parte degli enti che operano nel sistema dei servizi sociali professionali; |
| ☐ | Persone che sono in carico da parte dei servizi sanitari o sociosanitari competenti; |
| ☐ | Persone già inserite in progetti/interventi di inclusione sociale; |

Pubblica amministrazione che ha in carico la persona (ovvero ente capofila):

Ragione Sociale: _____ Codice fiscale _____

Sede Legale: _____ - _____ (____)

Servizio di presa in carico della persona _____

Quadro D Soggetto ospitante

Ragione Sociale: _____	
Codice fiscale/Partita IVA: _____	
Sede Legale: _____	- _____ ()
Settore attività (codice ATECO): _____	
Sede di svolgimento del tirocinio _____	
Indirizzo: _____	- _____ ()
Tel.: _____	Email _____ PEC _____
Tutor interno: _____ CF _____	
Ruolo tutor nell'ente/azienda _____	
Recapito tutor aziendale: Tel: _____ Email _____	

Quadro E Durata e orari

Durata del tirocinio: dal ____/____/____ al ____/____/____
- Orario settimanale previsto da contratto/accordo collettivo applicato dal soggetto ospitante: ore ____;
- Orario settimanale previsto per il tirocinante: ore ____;
- Orario da svolgersi in fascia
☐ Diurna
☐ Serale
Lo svolgimento in fase diurna del tirocinio non è possibile per i seguenti motivi _____
- Sospensione del tirocinio per chiusura aziendale programmata dal ____/____/____ al ____/____/____.

Quadro F Indennità di partecipazione al tirocinio

L'indennità di partecipazione del tirocinio complessiva è pari ad euro _____ mensili;
Nell'ambito del Programma GOL l'impegno a riconoscere ed erogare una quota di indennità di partecipazione mensile massima di euro 500,00 è assunto da Regione Campania in luogo della Pubblica Amministrazione che ha in carico la persona, previo accertamento del rispetto dei requisiti e di tutte le disposizioni per le agevolazioni dei tirocini di cui al relativo Avviso pubblico e alla normativa vigente;
(Eventuale) L'impegno a riconoscere una quota di indennità di partecipazione ulteriore di euro _____ nonché dalle seguenti facilitazioni:
☐ Buoni pasto o erogazione servizio mensa
☐ Eventuali altre facilitazioni (specificare): _____.
viene assunto in compartecipazione, da:
☐ Soggetto ospitante;
☐ Ente che ha in carico la persona _____.
Note: _____

Quadro G Copertura assicurativa

Infortuni sul lavoro INAIL: posizione n. _____

Oneri economici della copertura assicurativa INAIL a carico di

- ☐ Soggetto promotore;
- ☐ Soggetto ospitante.

Responsabilità civile: polizza n. _____ compagnia assicuratrice _____

Oneri economici della copertura assicurativa RC a carico di

- ☐ Soggetto promotore;
- ☐ Soggetto ospitante.

L'onere dell'invio della comunicazione obbligatoria di avvio e di eventuale proroga è assunto dal soggetto ospitante.

Quadro H Obiettivi e specifiche del progetto personalizzato

Settore economico professionale (max 1 SEP): _____;

Area di attività (max 2 ADA): _____;

Attività tabella (Ateco): _____;

Professione di riferimento (Codice CP 2021): _____;

Obiettivi di inclusione sociale del tirocinio:

- sviluppare competenze del tirocinante in riferimento agli obiettivi di inclusione sociale, di autonomia della persona e di riabilitazione _____;
- sviluppare competenze di base e trasversali riferite alla figura professionale _____;
- sviluppare le conoscenze di base in materia di organizzazione aziendale e disciplina del lavoro, salute e sicurezza _____;
- altro (specificare) _____.

Modalità di svolgimento e metodologia di apprendimento:

- ☐ alternanza formazione teorico-pratica;
- ☐ affiancamento del tirocinante a soggetti interni e/o esterni professionalmente qualificati;
- ☐ somministrazione al tirocinante di nozioni di difficoltà gradualmente crescente secondo le sue capacità di apprendimento;
- ☐ altro (specificare) _____.

Motivi di attivazione del tirocinio finalizzato all'inclusione in relazione alle esigenze del tirocinante, con eventuali indicazioni da parte dei servizi sociali e/o sociosanitari che hanno in carico la persona

_____.

Note _____.

Quadro I Attestazioni

Il soggetto promotore attesta che

6. La durata del tirocinio è congrua in relazione agli obiettivi del tirocinio;
7. Per il profilo professionale di riferimento del tirocinio non è previsto un periodo di pratica professionale o di tirocinio finalizzato all'accesso a professioni ordinistiche;
8. Gli impegni assunti in convenzione si ritengono confermati;
9. Il tutor didattico organizzativo non segue contemporaneamente più di 20 tirocinanti, come da art. 9 comma 2 del Regolamento, fatte salve apposite deroghe stabilite dalla Regione Campania.

Il soggetto ospitante attesta che

5. Alla data odierna sussistono le condizioni dichiarate in sede di sottoscrizione della convenzione;
6. Gli impegni assunti in sede di sottoscrizione della convenzione sono confermati;
7. Il tutor aziendale non segue contemporaneamente più di 3 tirocinanti;
8. Il tutor aziendale possiede le competenze professionali adeguate a garantire il raggiungimento degli obiettivi del tirocinio.

Il tirocinante è stato reso edotto dei propri diritti e doveri.

Il tirocinio potrà essere interrotto, prima della scadenza indicata nel progetto formativo e nella comunicazione di avvio del tirocinio, dal soggetto ospitante, o dal soggetto promotore o dal tirocinante mediante motivata comunicazione scritta.

Il tirocinio potrà essere sospeso e prolungato correlativamente in caso di astensione obbligatoria per maternità, infortunio o malattia di lunga durata che si protraggono per una durata pari o superiore a 30 giorni solari.

Al termine del tirocinio, qualora il tirocinante abbia svolto almeno il 70% del monte ore previsto nel progetto formativo, a quest'ultimo, il soggetto promotore e il soggetto ospitante rilasciano un'attestazione finale di tirocinio.

Quadro L Sottoscrizione

Firma del tirocinante	_____
Firma del soggetto promotore	_____
Firma del tutor del soggetto promotore (per presa visione e accettazione)	_____
Firma del soggetto ospitante	_____
Firma del tutor del soggetto ospitante (per presa visione e accettazione)	_____
(Eventuale) Firma per l'ente che ha in carico il tirocinante se diverso dal soggetto ospitante	_____