

Allegato E

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

**Programma “Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori – GOL” Avviso pubblico Tirocini
Comunicazioni**

E1 – Comunicazione interruzione

Al tutor del soggetto promotore

Al tutor del soggetto ospitante

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

Il/La sottoscritto/a _____ residente a _____ CAP
_____ Via _____ n. _____,

In qualità di tirocinante presso il soggetto ospitante:

In qualità di legale rappresentante del soggetto ospitante il tirocinio:

Consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 in merito alla decadenza dai benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, nonché alla responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

Di interrompere il tirocinio a partire dal _____, per le seguenti motivazioni:

Luogo e data _____

Il/La Tirocinante

**Il legale rappresentante del
soggetto ospitante (timbro e firma)**

Per presa visione

Tutor del soggetto ospitante
(Timbro e Firma)

Allegato E

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

E2 – Comunicazione sospensione

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 _____ residente a _____ CAP _____
Via _____ n. _____, tirocinante presso il soggetto ospitante: _____

DICHIARA

Di sospendere la frequenza dell'attività di inserimento lavorativo relativa al Tirocinio assegnato, **dal** _____ **al** _____, per la motivazione di seguito indicata (barrare la casella di riferimento).

Il tirocinante ha diritto a una sospensione del tirocinio, qualora una delle motivazioni indicate si protrae per una durata pari o superiore a trenta giorni solari. Il periodo di sospensione non concorre al computo della durata complessiva del tirocinio.

- MALATTIA LUNGA
- MATERNITA'
- INFORTUNIO
- ALTRO: _____

Luogo e data _____

Il/La Tirocinante _____

Per accettazione,
il Tutor del soggetto ospitante
(timbro e firma)

Allegato E

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

**Programma “Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori – GOL” Avviso pubblico Tirocini
Comunicazioni**

E3 – Comunicazione variazione

Al soggetto promotore

Oggetto: Comunicazioni inerenti il tirocinio (resa ai sensi degli artt. 38 e 47 DPR n. 445/2000):

Il/La sottoscritto/a _____ residente a _____ CAP _____
Via _____ n. _____, legale rappresentante del soggetto ospitante:
_____, dove si realizza il Tirocinio di:

Consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 in merito alla decadenza dai benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, nonché alla responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità:

COMUNICA

La variazione di seguito indicata (barrare la casella di riferimento):

CAMBIAMENTO SEDE

Indicare la nuova sede:

VARIAZIONE ORARIO DI PRESENZA IN AZIENDA

ORARIO PRECEDENTE:

GIORNO	ENTRATA ORE	USCITA ORE	ENTRATA ORE	USCITA ORE	FIRMA TIROCINANTE
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
SABATO					
DOMENICA					

VARIAZIONE D'ORARIO:

GIORNO	ENTRATA ORE	USCITA ORE	ENTRATA ORE	USCITA ORE	FIRMA TIROCINANTE
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
SABATO					
DOMENICA					

SOSTITUZIONE TUTOR

Indicare i dati del nuovo tutor:

Nome: _____ Cognome: _____

C.F. _____

Telefono: _____ E-mail: _____

ALTRO: _____

Luogo e data _____

Il legale rappresentate del soggetto ospitante
(timbro e firma)

Per presa visione Il/La

Tirocinante

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

Programma "Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori – GOL" Avviso pubblico Tirocini
Comunicazioni

E4 – Comunicazione di prolungamento a seguito di sospensione

DATI AZIENDA

Ragione sociale: _____
Sede legale: _____ <i>Indirizzo, numero civico, comune</i>
Telefono, e-mail _____
Unità produttiva sede del tirocinio (compilare se diverso da sede legale): _____ <i>Indirizzo, numero civico, comune</i>
Telefono, e-mail Referente aziendale: _____

TIROCINANTE

Nome, Cognome: _____
Area di inserimento: _____
Periodo tirocinio in corso: Dal __/__/__ Al __/__/__
Periodo di proroga richiesto: Dal __/__/__ Al __/__/__

Sospensione avvenuta nel periodo

Dal __/__/__ Al __/__/__ Comunicata in data __/__/__ prot. _____

Causa di sospensione per

- MALATTIA LUNGA
 MATERNITA'
 INFORTUNIO
 ALTRO: _____

Luogo e data _____

II/La Tirocinante

Firma del legale rappresentante Soggetto ospitante

Firma del Tutor del Soggetto ospitante

Validazione dell'Ente Promotore _____

Allegato E

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

**Programma “Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori – GOL” Avviso pubblico Tirocini
Comunicazioni**

E5 – Comunicazioni, richieste, trasmissioni documenti tra le parti

A _____

Oggetto: _____

Il/La sottoscritto/a _____ residente a _____ CAP
_____ Via _____ n. _____, in qualità di _____

Consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 in merito alla decadenza dai benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, nonché alla responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità:

COMUNICA / DICHIARA / PROPONE / RICHIEDE

Si trasmette in allegato la seguente documentazione:

-
-
-
-

_____ il _____

Firma

Il legale rappresentante di

(timbro e firma)

Per presa visione

(Timbro e Firma)
