



## Allegato I – Garanzia IN (INserimento, INclusione, INtegrazione) – II Fase: Tirocini

### Comunicazioni sui tirocini

#### **I1 – COMUNICAZIONE INTERRUZIONE**

*(si raccomanda l'invio della comunicazione di cessazione sulla piattaforma CO del SILF Campania)*

**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)

\_\_\_\_\_



## **I2 – 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 di seguito 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)

\_\_\_\_\_



### **13 – VARIAZIONI INERENTI IL TIROCINIO**

**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 assegnato a: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_



#### **I4 – COMUNICAZIONE DI PROROGA A SEGUITO DI SOSPENSIONE**

##### **DATI AZIENDA**

**Ragione sociale:**

**Sede legale:**

*Indirizzo, numero civico, comune*

*Telefono, e-mail*

**Unità produttiva sede del tirocinio** (compilare se diverso da sede legale):

*Indirizzo, numero civico, comune*

*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 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma del tirocinante**

**Firma del legale rappresentante Soggetto ospitante**

**Firma del Tutor del Soggetto ospitante**

Validazione dell'Ente Promotore .....

Verificata la motivazione di proroga e verificato il rispetto degli obblighi assicurativi e delle

Comunicazioni obbligatorie si acconsente alla proroga del Tirocinio dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma Ente Promotore \_\_\_\_\_

Firma Tutor Ente Promotore \_\_\_\_\_