



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 _____