



PROGETTO FORMATIVO

(Rif. Convenzione n. _____ stipulata in data ___/___/_____))

SOGGETTO OSPITANTE

Soggetto Ospitante

Denominazione _____
Partita IVA _____
Codice fiscale _____
Settore di attività _____
Dimensione aziendale (Fino a 15; tra 16 e 49; più di 50 dipendenti) _____

Rappresentante Legale

Codice fiscale _____
Nome e Cognome _____
Data di nascita _____ Sesso _____
Comune di nascita (PROV) _____
Qualifica _____

Sede Legale

Indirizzo _____
Comune _____ Cap _____
Telefono _____ Email _____

TIROCINANTE

Dati anagrafici

Codice fiscale _____
Nome e Cognome _____
Data di nascita _____ Sesso _____
Comune di nascita (PROV) _____
Cittadinanza _____

Residenza

Comune (PROV) _____ Cap _____
Indirizzo _____
Telefono _____ Email _____

Laureato/a entro e non oltre dodici mesi in: _____

Situazione attuale: inoccupato Si / No _____

Ha presentato domanda di sostegno al reddito ? Si / No _____

ELEMENTI DESCRITTIVI DEL TIROCINIO

Settore di attività economica del soggetto ospitante _____
(se non si tratta di pubblica amministrazione, **indicare il codice classificazione ATECO**)

Area professionale di riferimento: _____
(**indicare il codice di classificazione CP ISTAT**)

Estremi identificativi delle assicurazioni:

Infortuni sul lavoro INAIL posizione n. _____

Richiesta attivazione da parte del soggetto promotore Si / No _____

Polizza RCT/RCO- periodo di validità 31/12/2023-31/12/2024 - Compagnia Liberty Mutual Insurance Europe S.E.. - n.di polizza LSM0000039605

Polizza Infortuni n. 430521829 -CIG 989363885A -Generali Italia S.P.A. -durata 31/12/2023-31/12/2025

Sede del tirocinio:

Denominazione (stabilimento/reparto/ufficio) _____

Comune (PROV) _____ Cap _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Email _____

sede operativa

sede legale non coincidente con quella operativa

N. lavoratori della sede del tirocinio:

N. lavoratori subordinati a tempo indeterminato: _____

N. lavoratori subordinati a tempo determinato: _____

N. soci dipendenti delle società cooperative: _____

Tempi di accesso ai locali del soggetto ospitante: dalle ore _____ alle ore _____

Giorni di accesso ai locali del soggetto ospitante: dal _____ al _____

Periodo del tirocinio: mesi n. _____ dal _____ al _____

TUTOR INDIVIDUATO DAL SOGGETTO PROMOTORE

Dati anagrafici

Codice fiscale _____

Nome e Cognome _____

Qualifica/Ruolo _____

TUTOR INDIVIDUATO DAL SOGGETTO OSPITANTE

Dati anagrafici

Codice fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

Nome e Cognome _____
Qualifica/Ruolo _____
e-mail _____

PROGETTO FORMATIVO

Figura professionale (**consultare il sito della Regione Lazio**)

Figura professionale di riferimento _____
Profilo del repertorio regionale _____
Livello EQF _____
Indennità da corrispondere _____

Obiettivi e modalità di svolgimento delle attività

Obiettivi del tirocinio

Modalità di svolgimento del tirocinio

Attività da affidare al tirocinante h

Conoscenze, abilità ed uso strumenti

Conoscenze (teoriche e/o pratiche)

Abilità (cognitive e/o pratiche)

Strumenti

Competenze da acquisire

Competenze di base

Competenza trasversale

Competenza tecnico professionale

Obblighi del tirocinante:

- rispettare i regolamenti disciplinari, le norme in materie di igiene, sicurezza e salute sul lavoro vigenti in impresa,
- frequentare con regolarità, secondo il calendario concordato, giustificando eventuali assenze e richieste di spostamenti di date e orari,
- mantenere l'obbligo della segretezza durante e dopo il tirocinio per quanto attiene a prodotti, processi produttivi e ad ogni altra attività o caratteristica del soggetto ospitante di cui venga a conoscenza durante il tirocinio,
- produrre gli elaborati richiesti *dall'Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale* per il raggiungimento degli obiettivi formativi e per il riconoscimento dell'attività svolta. _____

Firma tirocinante _____

Firma e timbro soggetto promotore _____

Firma e timbro soggetto ospitante _____