

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLO SVOLGIMENTO  
PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO EXTRACURRICOLARE**  
(ai sensi dell'art. 24 comma 3 della legge regionale n. 17/2005 e ss.mm.ii.)

**Dati Tirocinante richiedente :**

cognome: \_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Residente a  
\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Se extra UE:** permesso di soggiorno n° \_\_\_\_\_ Scadenza il \_\_\_\_\_

*oppure*

permesso di soggiorno per soggiornanti di lungo periodo n° \_\_\_\_\_ data rilascio \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**Tipologia di tirocinio richiesto:**

- **tirocini formativi e di orientamento** (art. 25 comma 1 ) **lett. a) (durata 6 mesi)**

Beneficiario con titolo di studio \_\_\_\_\_

Conseguito il \_\_\_\_\_

- tirocini di orientamento e formazione oppure di inserimento o reinserimento ex art. 25 comma 1 **lett. c**

**Beneficiario**

- **Persona con disabilità** di cui all'articolo 1, comma 1, della legge n. 68/'99 (**durata max 24 mesi**)
- persona svantaggiata ai sensi della legge n. 381/'91 (**durata max 12 mesi**)
- **tirocinio finalizzato all'inclusione sociale** all'autonomia delle persone e alla riabilitazione (per persone prese in carico dai servizi sociali o sanitari – durata max 2 anni, comprese eventuali proroghe) **lett. d**
- **tirocinio extracomunitario** (rivolto a cittadini comunitari o extracomunitari che soggiornano regolarmente sul territorio italiano con visto d'ingresso per motivi di studio o formazione) **lett. e**

**Condizioni del tirocinante**

1) Il **sogetto ospitante** dichiara di aver accertato le seguenti condizioni:

Diritto dovere all'istruzione e alla formazione assolto  \_\_\_\_\_ SI/NO

Professionista abilitato/qualificato \*  \_\_\_\_\_ SI/NO

Il **tirocinio non prevede attività tipiche**, ovvero riservate alla professione

2) Il **tirocinante dichiara** di trovarsi nelle seguenti condizioni:

Le competenze, conoscenze e capacità della qualifica del tirocinio non sono già state interamente formalizzate o

certificate\*  \* \_\_\_\_\_ SI/NO

Lavoratore percettore (sospeso/disoccupato)  \* \_\_\_\_\_ SI/NO

3) Il soggetto promotore dichiara di aver accertato le seguenti condizioni:

Condizione di disabilità/svantaggio \_\_\_\_\_ SI/NO

**Caratteristiche del tirocinio**

Profilo ISTAT \_\_\_\_\_ Tipologia \_\_\_\_\_

<http://professioni.istat.it/sistemainformativoprofessionisti/cp2011/>

Tirocinio finalizzato all'inclusione sociale SI / NO

Importo indennità mensile(€) (450. min) \_\_\_\_\_ Modalità di rimborso spese \_\_\_\_\_

Tirocinio Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (durata 6 mesi) Al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N. Giornate Mensili Previste\* \_\_\_

Accesso ai locali Dalle \_\_\_\_\_ Alle \_\_\_\_\_

**Periodo di sospensioni** (eventuale) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Ulteriori Indicazioni

### Obiettivi

Qualifica **SRQ** \_\_\_\_\_

Acquisizione della/e seguente/i Unità di Competenza della qualifica

Codice	Descrizione	Qualifica
_____	_____	_____

**Attività previste per l'acquisizione delle capacità/conoscenze della/e Unità di Competenza (1000 CARATTERI)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Attività previste per l'acquisizione di eventuali ulteriori capacità e/o conoscenze (1000 CARATTERI)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Attività ulteriori **Formazione: Sicurezza** rischio \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_

Effettuate a cura di (**Ente di Formazione**) \_\_\_\_\_

**Soggetto SRFC (CERTIFICATORE** formalizzazione e certificazione delle competenze al termine del percorso)

\_\_\_\_\_

### Dati Soggetto Ospitante :

Il sottoscritt\_/\_ **Legale Rappresentante** (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

### Dichiara

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 :

Ragione Sociale\* \_\_\_\_\_

Codice Fiscale\* \_\_\_\_\_

Settore di attività\* \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Numero Numero totale addetti\* \_\_\_\_\_ Numero . Tirocinanti attualmente ospitati\* \_\_\_\_\_

Numero Tirocinanti assunti nei 24 mesi precedenti

Sede Legale \_\_\_\_\_

Indirizzo\* \_\_\_\_\_

Comune\* \_\_\_\_\_

Sede del Tirocinio \_\_\_\_\_

Indirizzo\* \_\_\_\_\_ Comune\* \_\_\_\_\_

**Condizioni di attivazione del tirocinio**

Si dichiara di svolgere attività stagionale \*  SI/NO

Il tirocinante non ha prestato opera presso il Soggetto Ospitante nei due anni precedenti \*  SI/NO

Il soggetto ospitante dichiara di:

essere in regola con normativa su salute e sicurezza sul lavoro \*  SI/NO

essere in regola con legge 68/1999 \*  SI/NO

non fruire di c.i.g. straordinaria / aver siglato accordo sindacale \*  SI/NO

non essere sottoposto a procedure concorsuali / aver siglato accordo sindacale \*  SI/NO

non avere effettuato licenziamenti / aver siglato accordo sindacale \*  SI/NO

Firma \_\_\_\_\_

**(\*) dati obbligatori**

**Tutori:**

<b>Responsabile didattico/organizzativo</b> Prof.ssa Sergia Avveduti C.F. _____ Mail: <a href="mailto:sergia.avveduti@ababo.it">sergia.avveduti@ababo.it</a> <b>DICHIARAZIONE</b> Numero tirocinanti accompagnati contemporaneamente non è superiore a 40 Firma _____	<b>Responsabile del tirocinio</b> _____ C.F. _____ Ruolo nell'azienda: _____ <b>DICHIARAZIONE</b> Numero tirocinanti accompagnati non è superiore a 3 Firma _____
Tel. 0514226411	<b>Tel.</b> _____

**Assicurazioni**

Posizione INAIL n°\* \_\_\_\_\_

Assicurazione INAIL a carico di Soggetto **Ospitante**

Assicurazione RC verso terzi a cura di Soggetto **Promotore**

Posizione RC\* Dati Assicurazione Promotore

Compagnia Ass.\* \_\_\_\_\_

(firma per il soggetto promotore) \_\_\_\_\_

(firma per il soggetto ospitante) \_\_\_\_\_

(firma del tirocinante) \_\_\_\_\_

**Allegare le certificazioni per la sicurezza**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini dell'attivazione del tirocinio.(ente ospitante)

\_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini dell'attivazione del tirocinio.(tirocinante)

\_\_\_\_\_

Bologna, data) \_\_\_\_\_