Spett.le Ragione Sociale

*(denominazione Soggetto Promotore)*

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

c.a. del Rappresentante Legale

del Soggetto Ospitante

*(nome cognome)*

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

Indirizzo sede legale

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

Indirizzo sede operativa

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

**Progetto Formativo Individuale ''PFI''**

**Programma di tirocinio:** Tirocinio Programma GOL

**Tipologia:** Tirocinio extracurriculare

**Riferimento Progetto: TIRGOL - Codice Fiscale Tirocinante**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome Cognome Tirocinante** |  |
| **Denominazione Soggetto Promotore** |  |
| **Sede operativa di** |  |
| **Codice Fiscale/P.IVA Soggetto Promotore** |  |
| **Codice convezione quadro Programma GOL avviso 2**  *(compilazione a cura del Soggetto)* |  |
| **Denominazione Soggetto Ospitante** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tirocinante** | |
| **Dati del Tirocinante** | |
| Nome Cognome, di seguito “Tirocinante” |  |
| Codice fiscale |  |
| nato/a a |  |
| Età (al momento della compilazione del progetto) |  |
| Cittadinanza |  |
| Indirizzo di residenza |  |
| Indirizzo di domicilio |  |
| E-mail |  |
| Cellulare  *(indicare almeno un contatto tra cellulare e domicilio)* |  |
| Telefono Domicilio  *(indicare almeno un contatto tra cellulare e domicilio)* |  |
| Livello di istruzione |  |
| Stato occupazionale  *(Riportare lo stato occupazionale riportato nel Patto di Servizio di Personalizzato)* |  |
| IBAN |  |
| Tipologia documento di riconoscimento, relativo numero e scadenza |  |
| **Obblighi del Tirocinante**   * prendere visione della normativa sui tirocini e rispettare integralmente quanto contenuto nel presente documento e nell’avviso Avviso pubblico N. 2 per l’attuazione del Programma Garanzia Occupabilità dei Lavoratori da finanziare nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 1 "Politiche per il Lavoro”, Riforma 1.1 “Politiche Attive del Lavoro e Formazione” finanziato dall’Unione europea – Next Generation EU - “Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori “ GOL - Appendice Attivazione Tirocini e successive integrazioni; * svolgere le attività previste dal PFI e concordate con il tutor e rispettare le norme in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro; * seguire le indicazioni del tutor aziendale indicato dal Soggetto ospitante per ciò che concerne lo svolgimento del tirocinio all’interno del luogo di lavoro; * rivolgersi al tutor del Soggetto promotore per chiarimenti sulle regole e l’andamento del tirocinio; * rispettare gli obblighi di riservatezza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio, circa i processi produttivi, prodotti o altre notizie relative al Soggetto ospitante di cui il Tirocinante venga a conoscenza; * rispettare le regole relative all’orario di svolgimento del tirocinio; * completare sul sistema di gestione del tirocinio tutte le attività richieste; * presentarsi agli appuntamenti e assicurare la propria collaborazione al tutor designato dal Soggetto promotore, anche una volta terminato il tirocinio, per le attività di tutoraggio, orientamento e monitoraggio; * avvisare tempestivamente il Soggetto ospitante e il tutor del Soggetto promotore di qualsiasi infortunio, incidente o sinistro che si verifichi durante lo svolgimento del tirocinio; * comunicare tempestivamente al Soggetto ospitante e al Soggetto promotore l'eventuale interruzione del tirocinio; * comunicare tempestivamente al Soggetto ospitante la richiesta di sospensione, fornendogli la necessaria documentazione; * comunicare al Soggetto ospitante ed al promotore ogni variazione anagrafica e recarsi al CPI di competenza per l’aggiornamento nel SIL | |
| **Autocertificazione Tirocinante**  Io sottoscritto/a in qualità di tirocinante consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000  **Dichiara**   * di essere residente e/o domiciliato nella Regione Autonoma Sardegna; * di essere iscritto al CPI di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * di non avere un’età inferiore ai 18 anni; * di essere disoccupato e aver stipulato con il CPI il patto di servizio personalizzato; * che non esistono rapporti di coniugio, parentela e affinità entro il secondo grado con il titolare, il legale rappresentante, i soci o coloro che rivestono cariche all’interno del Soggetto ospitante. Tale incompatibilità non opera per i soci di cooperative che abbiano un numero di soci uguale o superiore a 50, o per i soci che detengano un capitale sociale uguale o inferiore al 2% o per i soci accomandanti; * di essere immediatamente disponibile ad avviare il tirocinio con l'azienda <denominazione impresa> <codice fiscale impresa>; * che nei due anni precedenti alla presente richiesta di attivazione, non ha prestato attività lavorativa con l’azienda indentificata nel presente progetto come soggetto ospitante, con un contratto di lavoro subordinato o altra attività lavorativa a qualunque titolo, anche all’interno dello stesso gruppo aziendale; * di non aver avuto un rapporto di lavoro, una collaborazione o un incarico (prestazioni di servizi) per le stesse mansioni, salvo che siano trascorsi almeno due anni dall’interruzione del rapporto di lavoro e sempre che sia necessario un adeguamento delle competenze; * non ha già fatto un’esperienza di tirocinio extracurriculare presso l’azienda indentificata nel presente progetto come soggetto ospitante; * non aver effettuato un tirocinio per il medesimo profilo professionale, salvo nell’ipotesi di frequenza inferiore al 60% delle ore previste nel progetto formativo; * di non essere, in relazione al profilo professionale per quale si intende svolgere un tirocinio, un professionista abilitato o qualificato all'esercizio di professioni regolamentate a livello nazionale e/o regionale per attività tipiche ovvero riservate alla professione. L’elenco aggiornato è consultabile ai link www.impresainungiorno.gov.it; Atlante e Professioni | Atlante Lavoro | INAPP, e nell’Allegato 2 all’Appendice Tirocini (con riferimento professionisti abilitati o qualificati all'esercizio di professioni regolamentate esclusivamente su base regionale).   **Dichiara inoltre**   * di aver letto e accettato le condizioni dell’Avviso pubblico N. 2 per l’attuazione del Programma Garanzia Occupabilità dei Lavoratori da finanziare nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 1 "Politiche per il Lavoro”, Riforma 1.1 “Politiche Attive del Lavoro e Formazione” finanziato dall’Unione europea – Next Generation EU - “Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori “ GOL - Appendice Attivazione Tirocini e successive integrazioni; * di aver preso visione della DGR 45/7 del 14.11.2019 e della DGR 41/22 del 01.12.2023.   Inoltre, la/il sottoscritto in qualità di tirocinante autorizza il Soggetto ospitante, il Soggetto promotore e i soggetti, anche terzi, dalla stessa incaricati, a svolgere attività di utilizzo, gestione, elaborazione e trattamento dei miei dati personali, contenuti nella documentazione fornita e/o da me inseriti nel portale informatico per le finalità di attivazione, gestione e svolgimento di attività di verifica conseguenti, ai sensi del D.Lgs.196 del 2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 ''Regolamento generale sulla protezione dei dati'' (GDPR). | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dati Soggetto Ospitante** | |
| Denominazione del “Soggetto Ospitante” |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo |  |
| Email |  |
| Telefono |  |
| Codice ATECO 2007 |  |
| Nome e Cognome del Rappresentante legale |  |
| Codice fiscale Rappresentante legale |  |
| Tipologia documento di riconoscimento Rappresentante legale, relativo numero e scadenza |  |
| **Dati organico a livello globale** | |
| Numero dipendenti: Tempo indeterminato |  |
| Numero dipendenti: Tempo determinato |  |
| Numero Tirocinanti |  |
| **Sede di svolgimento del tirocinio** | |
| Indirizzo |  |
| Telefono |  |
| Numero dipendenti: Tempo indeterminato |  |
| Numero dipendenti: Tempo determinato |  |
| Numero Tirocinanti |  |
| **Autocertificazione Soggetto Ospitante**  Io sottoscritto/a in qualità di rappresentante legale (o suo delegato) del Soggetto Ospitante codice fiscale consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del DPR 445/2000  **Dichiaro che il Soggetto Ospitante**   * ha sede legale o operativa (o unità operativa), ancorché non esclusiva, in Sardegna; * è un soggetto privato, costituito in una delle forme giuridiche disciplinate dal diritto privato e riportate nell’Allegato 1 dell’Appendice Attivazione Tirocini GOL; * è in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro; * è in regola con la normativa di cui alla Legge n. 68/1999 e ss.mm.ii.; * non ha effettuato nei 12 mesi precedenti la presentazione della richiesta di attivazione del tirocinio, nell’unità operativa individuata per lo svolgimento, licenziamenti per giustificato motivo oggettivo, licenziamenti collettivi, nonché licenziamento per superamento del periodo di comporto, licenziamento per mancato superamento del periodo di prova, licenziamenti per fine appalto, risoluzione del rapporto di apprendistato per volontà del datore di lavoro al termine del periodo formativo, per attività equivalenti previste nel Piano formativo del tirocinio proposto. Sono fatti salvi quelli per giusta causa e giustificato motivo soggettivo, e quelli derivanti da specifici accordi sindacali; * non ha procedure di CIG straordinaria o in deroga in corso per attività equivalenti a quelle del tirocinio, nella medesima unità operativa, salvo il caso in cui ci siano accordi sindacali che prevedono tale possibilità; * non ha contrattualizzato nei due anni precedenti alla richiesta di attivazione, il tirocinante citato nel presente progetto, con un contratto di lavoro subordinato o altra attività lavorativa a qualunque titolo anche all’interno dello stesso gruppo aziendale; * non ha già attivato un tirocinio extracurriculare a favore del tirocinante citato nel presente progetto; * ha un numero totale di dipendenti impiegati a tempo indeterminato, un numero totale di dipendenti impiegati a tempo determinato e un numero totale di tirocinanti attualmente impiegati pari a quanto indicato nel relativo campi del presente progetto. Sono esclusi dal computo i tirocini di inclusione ex DGR 34/20 del 07.07.2015 e quelli in favore dei soggetti di cui all'art.2, comma 1, lett.e della DGR 45/7del 14.11.2019 che non rientrano nel computo); * ha la sede di svolgimento del tirocinio del tirocinante ubicata nel comune indicato nella sezione “Sede di svolgimento del tirocinio” con un numero di dipendenti impiegati a tempo indeterminato, a tempo determinato e un numero totale di tirocinanti attualmente impiegati pari a quanto indicato nella medesima sezione (sono da escludere dal computo i tirocini di inclusione ex DGR 34/20 del 07.07.2015 e quelli in favore dei soggetti di cui all'art.2, comma 1, lett.e della DGR 45/7del 14.11.2019 che non rientrano nel computo); * ha individuato il tutor del Soggetto Ospitante per il tirocinante che possiede esperienze e competenze professionali adeguate per garantire il raggiungimento degli obiettivi del tirocinio; * è immediatamente disponibile ad ospitare in tirocinio il tirocinante   **Dichiaro inoltre**   * che non esistono rapporti di coniugio, parentela e affinità entro il secondo grado tra il Tirocinante e il titolare, il legale rappresentante, i soci o coloro che rivestono cariche all’interno del Soggetto ospitante. Tale incompatibilità non opera per i soci di cooperative che abbiano un numero di soci uguale o superiore a 50, o per i soci che detengano un capitale sociale uguale o inferiore al 2% o per i soci accomandanti; * di aver letto e accettato le condizioni dell’Avviso pubblico N. 2 per l’attuazione del Programma Garanzia Occupabilità dei Lavoratori da finanziare nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 1 "Politiche per il Lavoro”, Riforma 1.1 “Politiche Attive del Lavoro e Formazione” finanziato dall’Unione europea – Next Generation EU - “Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori “ GOL - Appendice Attivazione Tirocini e successive integrazioni; * di aver preso visione della DGR 45/7 del 14.11.2019 e della DGR 41/22 del 01.12.2023.   Inoltre, la/Il sottoscritta/o in qualità di rappresentante legale del Soggetto ospitante, autorizza il Soggetto promotore e i soggetti, anche terzi, dalla stessa incaricati, a svolgere attività di utilizzo, gestione, elaborazione e trattamento dei miei dati personali, contenuti nella documentazione fornita e/o da me inseriti nel portale informatico per le finalità di attivazione, gestione e svolgimento di attività di verifica conseguenti, ai sensi del D.Lgs.196 del 2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 ''Regolamento generale sulla protezione dei dati'' (GDPR). | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dati Soggetto Promotore** | |
| Denominazione del “Soggetto Promotore” |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo |  |
| Email |  |
| Telefono |  |
| Rappresentata da (nome cognome) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dati Tirocinio** | | |
| **Obiettivo del tirocinio** | | |
| **Il tirocinante acquisirà le seguenti competenze in costante affiancamento al tutor. Le attività svolte non saranno riconducibili ad attività lavorativa** | | |
| Profilo professionale ISTAT  *(a seguire compilare alternativamente il punto 1 o il punto 2 se il profilo professionale non è presente nell’RRPQ)* | |  |
| 1 | Profilo di qualificazione del RRPQ |  |
| Indicare le ADA del RRPQ |  |
| 2 | Profilo di qualificazione dell’Atlante  <https://www.inapp.gov.it/atlantelavoro/> |  |
| Indicare ADA atlante del lavoro |  |
| Modalità di svolgimento tirocinio | |  |
| Responsabile del servizio di prevenzione e protezione | |  |
| Periodo di tirocinio numero di mesi | | 3 |
| Ore giornaliere previste massime | | 8 ore |
| Ore settimanali massime | | 30 ore |
| Ore mensili previste | | 120 ore |
| Orario di accesso ai locali del tirocinio (Dalle, Alle) | |  |
| È prevista la deroga al divieto di tirocinio durante le ore notturne? (se si indicare la motivazione) | |  |
| È prevista la deroga al divieto di tirocinio durante la Domenica? (se si indicare la motivazione) | |  |
| Data Inizio e Fine  *(inserire le date della Comunicazione obbligatoria)* | |  |
| **Dati Tutor Soggetto Ospitante** | | |
| Nome e Cognome | |  |
| E-mail | |  |
| Telefono | |  |
| Ruolo nell’impresa | |  |
| Competenze ADA del RRPQ | |  |
| Competenze ADA dell’Atlante (in alternativa a RRPQ) | |  |
| **Dati Tutor Soggetto Promotore** | | |
| Nome Cognome | |  |
| Email | |  |
| **Dati polizza Assicurative e posizione INAIL** | | |
| Polizze assicurative Responsabilità civile n°. | |  |
| Compagnia assicuratrice | |  |
| Posizione INAIL n° | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indennità mensile** | |
| Indennità a carico del SO [€] |  |
| Indennità a carico del Soggetto Attuatore [€] | 500 € |

|  |
| --- |
| *Data di sottoscrizione*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| *Sezione riservata alla firma digitale/olografa del Soggetto Ospitante*  *(in caso di firma olografa deve essere allegata la copia del documento di riconoscimento in corso di validità)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| *Sezione riservata alla firma digitale/olografa del Tirocinante*  *(in caso di firma olografa deve essere allegata la copia del documento di riconoscimento in corso di validità)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| *Sezione riservata alla firma digitale/olografa del Soggetto Promotore*  *(in caso di firma olografa deve essere allegata la copia del documento di riconoscimento in corso di validità)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |