



# DISTRETTO SOCIO SANITARIO 47

*Comuni di Augusta e Melilli*

## AVVISO PUBBLICO PER LA CREAZIONE DI UNA LISTA DI SOGGETTI OSPITANTI PER TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE

### ALLEGATO B

#### PIANO FORMATIVO INDIVIDUALE

Tirocinante Sig./ra \_\_\_\_\_

#### A. Dati relativi al datore di lavoro

Denominazione datore di lavoro \_\_\_\_\_

Codice fiscale / partita iva \_\_\_\_\_

Indirizzo della sede legale \_\_\_\_\_

Indirizzo dell'unità operativa interessata \_\_\_\_\_

Recapito telefonico/fax/e-mail \_\_\_\_\_

Attività \_\_\_\_\_

#### B. Dati relativi al tirocinante

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Recapito telefonico/fax/e-mail \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Scadenza del permesso di soggiorno (nel caso di stranieri) \_\_\_\_\_

Centro per l'impiego di riferimento ai sensi del D.Lgs 297/2002 \_\_\_\_\_

#### C. Dati relativi alle esperienze formative e di lavoro

• Titoli di studio posseduti ed eventuali percorsi di istruzione non conclusi \_\_\_\_\_

• Esperienze lavorative \_\_\_\_\_

• Eventuali periodi di apprendistato svolti dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

• Formazione extra scolastica compresa quella svolta in apprendistato

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_

• Eventuale possesso di una qualifica professionale (specificare quale) \_\_\_\_\_

#### D. Aspetti Specifici del Tirocinio

- Durata sei mesi
  - Orario di lavoro (max. 20 h a settimana)
  - Attività da svolgere (riportare l'ambito operativo e le mansioni lavorative svolte dal tirocinante)
- 

#### E. Tutor

- Tutor aziendale<sup>(1)</sup> Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_
- Codice fiscale \_\_\_\_\_
- Livello di inquadramento (se dipendente) \_\_\_\_\_
- Anni di esperienza \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> (Precisare se si tratta del titolare, di un socio o di un familiare coadiuvante, in quanto nelle imprese con meno di 15 dipendenti e nelle imprese artigiane le funzioni di tutore possono essere svolte anche dai soggetti sopraindicati)

#### F. contenuti formativi

##### 1. Competenze tecnico-professionali che verranno acquisite dal tirocinante

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_

##### 2. Modalità di erogazione e di articolazione del tutoraggio aziendale

---

---

Il presente piano formativo individuale ha lo scopo di far conseguire un'esperienza tecnico- professionale e di lavoro direttamente presso l'azienda ospitante. Come previsto nell'avviso, tale piano formativo rappresenta una bozza che dovrà essere approvata/perfezionata dal tutor del Distretto.

L'impresa

---

Il Tirocinante

---

Il rappresentante dell'impresa, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76(L) del T.U. n. 445 del 28.12.00 sulle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, dichiara sotto la propria personale responsabilità che quanto riportato nella presente domanda, risponde a verità,

DICHIARA

- L'INPS non ha riscontrato irregolarità in sede di verifiche in loco e sono rispettate le norme sulla sicurezza ed igiene nel luogo di lavoro;
- Nella propria impresa vengono svolte attività;
- Non intercorre parentela fino al terzo grado o affini con i tirocinanti.

L'impresa

---

Si allega copia del documento di identità in corso di validità del rappresentante dell'impresa ospitante.