



**AVVISO PUBBLICO IN.S.I.E.M.E.
INserimenti Specialistici Individualizzati ed Esperienze Multidisciplinari in Equipe**

P.O.R. FSE 2014-2020 Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione
ASSE 2 - Inclusione Sociale e lotta alla povertà - Azione 9.2.1

REGISTRO DI TIROCINIO

Titolo Progetto	
Ambito Territoriale	
Convenzione	RAA n _____ del ____/____/____
Soggetto Promotore	ASPAL - CPI di _____
Soggetto Proponente Facilitatore (Beneficiario)	
Soggetto Ospitante	
Tirocinante	
Profilo professionale indicato nel PFI	
Durata	N mesi _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
Sede di svolgimento del Tirocinio	

Il presente registro consta di n° _____
pagine debitamente timbrate, numerate e
vistate

Visto per la vidimazione

INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL REGISTRO DI TIROCINIO

Il Registro di tirocinio rappresenta uno dei documenti fondamentali per il monitoraggio e la verifica amministrativo-contabile, la cui corretta tenuta, rappresenta un'attività prioritaria e obbligatoria per il Soggetto Proponente e Facilitatore.

Prima dell'avvio del tirocinio, il Soggetto Proponente e Facilitatore deve compilare nel presente Registro tutti i campi della pagina iniziale e replicare le pagine relative alle presenze giornaliere per ogni mese di tirocinio previsto. Il Registro così compilato deve essere stampato e consegnato all'ASPAL per la vidimazione.

Il Soggetto Proponente e Facilitatore è responsabile della corretta tenuta del Registro, che non deve contenere cancellazioni e/o abrasioni e deve riportare firme leggibili di tutti i soggetti interessati al fine di consentire un riscontro puntuale dell'attività svolta.

Il Registro deve essere messo a disposizione in originale durante i controlli effettuati dai soggetti incaricati dall'ASPAL.

Nel presente Registro, necessario per la certificazione delle presenze e delle assenze devono essere riportate, oltre le attività svolte ed il relativo orario, anche le seguenti eventualità:

- riposo settimanale ed eventuale riposo mensile
- malattia;
- infortunio;
- sospensione;
- chiusura aziendale;
- santo patrono (del luogo dove è ubicata la sede di svolgimento del tirocinio);
- festività;
- assenza ingiustificata.

Le assenze, tra quelle sopraelencate, eccetto quelle ingiustificate, non dovranno essere recuperate e non concorreranno al calcolo del limite massimo delle assenze.

In caso di malattia di lunga durata, maternità, infortunio, pari o superiori a 30 giorni solari e di chiusura aziendale e/o ciclo produttivo della durata di almeno 15 giorni solari è prevista la sospensione (vedasi il paragrafo 3.6 del presente vademecum).

Eventuali ore o giornate di tirocinio non effettuate possono essere recuperate entro il mese in corso e comunque non oltre la scadenza del PFI approvato. (vedasi il Vademecum per l'attivazione dei tirocini nell'ambito dell'avviso IN.S.I.E.M.E)

Nome e Cognome del Tirocinante: _____ Mese _____ Anno _____

Data	Ora Entrata	Ora Uscita	Ora Entrata	Ora Uscita	N ore	Attività Svolta/motivazione assenza	Firma Tirocinante
../././							
../././							
../././							
../././							
../././							
../././							
../././							
../././							
../././							
../././							
../././							
../././							
../././							
../././							
../././							
../././							
../././							
../././							

Riepilogo mensile:

Tot. Ore PFI _____

Tot. Ore presenza n. _____

Tot. Ore Assenze giustificate _____

Tot. Ore Assenze ingiustificate non recuperate _____

Firma del Tutor del Soggetto Ospitante _____

DICHIARAZIONE TUTOR DEL SOGGETTO OSPITANTE

Io sottoscritto _____, in qualità di Tutor del Soggetto
Ospitante,

dichiaro

che il tirocinio è stato svolto nel rispetto del PFI approvato e in particolar modo degli obiettivi e delle
modalità in esso prescritte.

Dichiaro inoltre che le presenze riportate nel presente libretto corrispondono agli orari effettivamente
svolti dal tirocinante e ☐ raggiungono ☐ non raggiungono il 70% previsto per il rilascio della certificazione

Data , _____

Firma del Tutor _____

Legale Rappresentante del Soggetto Ospitante

Firma _____

Legale Rappresentante del Capofila dell'ATS Beneficiaria (Soggetto Proponente e Facilitatore)

Firma _____

Responsabile d'Azione – Direttore del Servizio Politiche a favore di soggetti a rischio di esclusione

Firma _____