

Progetto VALIDATO DAL TIROCINANTE E
PRESENTATO TELEMATICAMENTE DAL SO
ALL'AMMISSIONE DEL SOGGETTO
PROMOTORE in data <gg.mm.aaaa hh.mm
di presentazione del progetto>
Non spedire copia controfirmata

Codice provvisorio: <Codice provvisorio del progetto>

Progetto Formativo Individuale "PFI"

Programma di tirocinio: Tirocini Avviso Pubblico TVB SARDEGNA Lavoro

Tipologia: Tirocinio di inserimento e/o reinserimento al lavoro

Data e ora di accettazione dell'abbinamento: <gg.mm.aaaa hh.mm conferma abbinamento>

Dati Tirocinante

<Nome Tirocinante> <Cognome Tirocinante> - Codice fiscale: <Codice fiscale Tirocinante> nato/a a <Comune di nascita Tirocinante> il <Data di nascita Tirocinante> età <calcolo dell'età in anni come differenza tra la data di nascita e la data di trasmissione del progetto di tirocinio> anni – Cittadinanza <Cittadinanza Tirocinante>

<SEZIONE "DATI STRANIERO": I campi inclusi in tale sezione verranno visualizzati solo nel caso in cui il tirocinante sia un cittadino extracomunitario (campo "Cittadinanza" presente nella sezione "Anagrafica tirocinante" valorizzato con una cittadinanza extracomunitaria)

Titolo di soggiorno: <titolo di soggiorno> Numero titolo di soggiorno: <numero titolo di soggiorno> Scadenza titolo di soggiorno: <data scadenza titolo di soggiorno> Data richiesta sanatoria/data: <data richiesta sanatoria> Questura rilascio titolo di soggiorno: <questura rilascio titolo di soggiorno> Motivo titolo di soggiorno: <motivo titolo di soggiorno>

Residente in <Indirizzo residenza Tirocinante> CAP <CAP residenza Tirocinante> <Comune residenza Tirocinante>
E-mail: <e-mail Tirocinante> - Cellulare: <telefono cellulare Tirocinante> - Telefono Domicilio <telefono domicilio Tirocinante>

Domiciliato in <Indirizzo domicilio Tirocinante> CAP <CAP domicilio Tirocinante> <Comune domicilio Tirocinante>

Livello di istruzione: <Titolo di studio Tirocinante>

Stato occupazionale: <Stato occupazionale Tirocinante>

Modalità di pagamento: Versamento su conto corrente – IBAN <IBAN> intestato/cointestato a <Nome Tirocinante> <Cognome Tirocinante>

Dati Soggetto Ospitante

Tipologia: <Codice> <Forma giuridica Impresa> - Denominazione: <Denominazione/Ragione sociale Impresa> - Codice fiscale: <Codice fiscale Impresa>

Indirizzo: <Indirizzo sede legale Impresa> <Comune sede legale Impresa> - CAP <CAP sede legale Impresa> - Email: <e-mail Impresa> - Telefono: <telefono Impresa>

Settore ATECO 2007: <Settore ATECO 2007 attività Impresa>

Rappresentante legale: <Nome Rappresentante legale> <Cognome Rappresentante legale> - Codice fiscale: <Codice fiscale Rappresentante legale>

Numero dipendenti: Tempo indeterminato (esclusi gli apprendisti): <Numero dipendenti a tempo indeterminato> -

Tempo determinato: <Numero dipendenti a tempo determinato> - Tirocinanti (esclusi i tirocini di inclusione ex DGR 34/20 del 07.07.2015): <Numero tirocinanti>



Progetto VALIDATO DAL TIROCINANTE E
PRESENTATO TELEMATICAMENTE DAL SO
ALL'AMMISSIONE DEL SOGGETTO
PROMOTORE in data <gg.mm.aaaa hh.mm
di presentazione del progetto>
Non spedire copia controfirmata

Sede di svolgimento del tirocinio

<Indirizzo sede di svolgimento del tirocinio> <Comune sede di svolgimento del tirocinio> - CAP <CAP sede di svolgimento del tirocinio> - Telefono: <telefono sede di svolgimento del tirocinio>

Numero dipendenti: Tempo indeterminato (esclusi gli apprendisti): <Numero dipendenti a tempo indeterminato sede di svolgimento del tirocinio> - Tempo determinato: <Numero dipendenti a tempo determinato sede di svolgimento del tirocinio> - Tirocinanti (esclusi i tirocini di inclusione ex DGR 34/20 del 07.07.2015): <Numero tirocinanti sede di svolgimento del tirocinio>

Percentuale di assunzione dei tirocinanti negli ultimi 24 mesi pari a: **VISIBILE SOLO SE IL NUMERO DEI DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO DELLA SEDE DI SVOLGIMENTO È MAGGIORE DI 20 < % di assunzione dei tirocinanti che hanno effettuato il tirocinio presso il Soggetto Ospitante stesso negli ultimi 24 mesi >**

IBAN: <IBAN>

Dati Soggetto Promotore

Denominazione: Agenzia Sarda per le Politiche Attive del Lavoro – ASPAL – Codice fiscale: 92028890926
Indirizzo: VIA Is Mirrionis, 195 Cagliari – 09122 – Email: agenzia lavoro@pec.regione.sardegna.it – Telefono: 0706067039
Rappresentata da: Il Direttore del Servizio Coordinamento dei Servizi Territoriali e Governance

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.

<codice ADA Tirocinio> - <Descrizione ADA Tirocinio>

Modalità del tirocinio:

<Modalità di svolgimento tirocinio>

Lavoro in agricoltura: <SI/NO>

Giornate lavorative previste: <numero giornate previste se lavoro in agricoltura>

Tipo lavorazione: <tipo lavorazione prevista se lavoro in agricoltura>

Profilo di qualificazione del RRPQ: <Codice Profilo RRPQ> - <Descrizione Profilo RRPQ>

Profilo professionale ISTAT 2011: <Codice CP 2011> - <Descrizione CP 2011>

Tutor del Soggetto Ospitante: <Nome Tutor Soggetto Ospitante> <Cognome Tutor Soggetto Ospitante> - E-mail: <E-mail Tutor Soggetto Ospitante> - Telefono: <Telefono Tutor Soggetto Ospitante>

Competenze del tutor del Soggetto Ospitante

<Codice ADA Tutor SO> - <Descrizione ADA Tutor SO>

Responsabile del servizio di prevenzione e protezione: <Nome e Cognome del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione>



Progetto VALIDATO DAL TIROCINANTE E
PRESENTATO TELEMATICAMENTE DAL SO
ALL'AMMISSIONE DEL SOGGETTO
PROMOTORE in data <gg.mm.aaaa hh.mm
di presentazione del progetto>
Non spedire copia controfirmata

Orario di accesso ai locali del tirocinio: dalle <Orario di accesso ai locali del tirocinio> alle <Orario di uscita dai locali del tirocinio>.

È prevista la deroga al divieto di tirocinio durante le ore notturne? <Campo valorizzato con SI o NO>

Motivazioni: <Motivazioni, visibili solo se selezionato SI alla deroga corrispondente>

Indennità mensile

Indennità a carico del Soggetto Ospitante	Indennità a carico del Soggetto Promotore	Sussidi	Totale mensile
<[€] Indennità a carico del SO>	<[€] Indennità a carico del SP>	<[€] Sussidio>	<[€] Totale>

Periodo di tirocinio numero di mesi: 6

Ore settimanali: 30

Ore giornaliere previste: <ore giornaliere progetto>

Polizze assicurative Responsabilità civile n. 107365118 – Compagnia assicuratrice GROUPAMA ASSICURAZIONI S.P.A.

Obblighi del Tirocinante

Il tirocinante si impegna a prendere visione e rispettare integralmente le Linee Guida dei Tirocini approvate con DGR 45/7 del 14/11/2019, il regolamento ASPAL vigente e le modalità operative per i tirocini di inserimento/reinserimento nell'ambito dei quali l'ASPAL è soggetto promotore e in particolare è tenuto a:

- svolgere le attività previste dal progetto;
- rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro.

Validato dal tirocinante <Nome Tirocinante><Cognome Tirocinante> in data <data di validazione gg.mm.aaaa><ora di validazione hh.mm> con transazione N <n. progressivo delle validazioni>

Presentato telematicamente per il Soggetto Ospitante da <Nome dell'operatore del Soggetto Ospitante che ha presentato telematicamente il progetto> <Cognome dell'operatore del Soggetto Ospitante che ha presentato telematicamente il progetto> in data <data di presentazione telematica gg.mm.aaaa><ora di presentazione telematica hh.mm> con transazione N <n. progressivo della presentazione>



CUP D76G19000900009

Progetto VALIDATO DAL TIROCINANTE E
PRESENTATO TELEMATICAMENTE DAL SO
ALL'AMMISSIONE DEL SOGGETTO
PROMOTORE in data <gg.mm.aaaa hh.mm
di presentazione del progetto>
Non spedire copia controfirmata

FACSIMILE PRESENTATO

