Allegato B1

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

Programma "Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori – GOL"

Avviso pubblico Tirocini

Progetto personalizzato di inclusione

(Rif. Convenzione stipulata in data _____)

Quadro A Soggetto promotore

Ragione Sociale: _____ Codice fiscale/P.Iva: _____

Sede Legale: _____ -_____ (____)

Comune sede operativa che gestisce il tirocinio _____

(*Se diverso dal Comune della sede legale)*

Categoria del soggetto promotore:

❑ Centri per l'Impiego
❑ Soggetti autorizzati alla intermediazione dall'Agenzia Nazionale per le politiche attive del lavoro ai sensi dell'articolo 9, comma 1, lettera h) del decreto legislativo n. 150/2015 e successive modificazioni ivi inclusi i soggetti di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276 (Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro, di cui alla legge 14 febbraio 2003, n. 30) ovvero accreditati ai servizi per il lavoro ai sensi dell'art. 12 del medesimo decreto legislativo n. 150/2015 o autorizzati dalla Regione ai sensi della legge regionale n. 14/2009 e ammessi al Programma GOL ai sensi dell'Avviso di cui al Decreto Dirigenziale n. 517 del 13/10/2022.

Tutor di inclusione-organizzativo indicato dal soggetto promotore:

_____ CF_____

Recapito tutor didattico-organizzativo: tel _____ Email: _____

fonte: http://burc.regione.campania.it

Quadro B Tirocinante

- Nome e cognome: _____ CF: _____
- Data di nascita: __/__/____ Luogo di nascita: _____ (___) Cittadinanza: _____
- Residenza: _____ - _____ (___)
- Domicilio (se diverso dalla residenza) _____
- Titolo di studio: _____
- Tel: _____ email _____
- Permesso di soggiorno _____ numero documento _____
- Motivo del permesso _____ Scadenza del permesso _____
- Titolo di istruzione/formazione conseguito dal tirocinante _____ _____, Data in cui il titolo è stato conseguito __/__/____
- Presso _____

❑ Diploma scuola media di primo grado
❑ Qualifica professionale
❑ Diploma scuola media di secondo grado
❑ Laurea
❑ Master universitario
❑ Dottorato

Quadro C Tipologia di tirocinante

❑ Persone che sono in carico da parte degli enti che operano nel sistema dei servizi sociali professionali;
❑ Persone che sono in carico da parte dei servizi sanitari o sociosanitari competenti;
❑ Persone già inserite in progetti/interventi di inclusione sociale;

Pubblica amministrazione che ha in carico la persona (ovvero ente capofila):
Ragione Sociale: _____ Codice fiscale_____
Sede Legale: _____ -_____ (____)
Servizio di presa in carico della persona _____

fonte: http://burc.regione.campania.it

Quadro D Soggetto ospitante

Ragione Sociale: _____
Codice fiscale/Partita IVA: _____
Sede Legale: _____ - _____ (___)
Settore attività (codice ATECO): _____
Sede di svolgimento del tirocinio _____
Indirizzo: _____ - _____ (___)
Tel.:_____ Email_____ PEC _____

Tutor interno: _____ CF_____
Ruolo tutor nell'ente/azienda _____
Recapito tutor aziendale: Tel: _____ Email _____

Quadro E Durata e orari

Durata del tirocinio: dal __/__/ ____ al __/__/____ (12 mesi)

- Orario settimanale previsto da contratto/accordo collettivo applicato dal soggetto ospitante: ore___;
- Orario settimanale previsto per il tirocinante: ore ___;
- Orario da svolgersi in fascia
  - ❑ Diurna
  - ❑ Serale

Lo svolgimento in fase diurna del tirocinio non è possibile per i seguenti motivi _____

- Sospensione del tirocinio per chiusura aziendale programmata dal __/__/____ al __/__/____.

Quadro F Indennità di partecipazione al tirocinio

L'indennità di partecipazione del tirocinio complessiva è pari ad euro _____ mensili;

Nell'ambito del Programma GOL l'impegno a riconoscere ed erogare una quota di indennità di partecipazione mensile massima di euro 500,00 è assunto da Regione Campania in luogo della Pubblica Amministrazione che ha in carico la persona, previo accertamento del rispetto dei requisiti e di tutte le disposizioni per le agevolazioni dei tirocini di cui al relativo Avviso pubblico e alla normativa vigente;

(Eventuale) L'impegno a riconoscere una quota di indennità di partecipazione ulteriore di euro_____ nonché dalle seguenti facilitazioni:

❑ Buoni pasto o erogazione servizio mensa
❑ Eventuali altre facilitazioni (specificare): _____.

viene assunto in compartecipazione, da:

❑ Soggetto ospitante;
❑ Ente che ha in carico la persona _____.

Note: _____

fonte: http://burc.regione.campania.it

Quadro G Copertura assicurativa

Infortuni sul lavoro INAIL: posizione n. _____

Oneri economici della copertura assicurativa INAIL a carico di

- ❑ Soggetto promotore;
- ❑ Soggetto ospitante.

Responsabilità civile: polizza n. _____ compagnia assicuratrice _____

Oneri economici della copertura assicurativa RC a carico di

- ❑ Soggetto promotore;
- ❑ Soggetto ospitante.

L'onere dell'invio della comunicazione obbligatoria di avvio e di eventuale proroga è assunto dal soggetto ospitante.

Quadro H Obiettivi e specifiche del progetto personalizzato

Settore economico professionale (max 1 SEP): _____;

Area di attività (max 2 ADA): _____;

Attività tabella (Ateco): _____;

Professione di riferimento (Codice CP 2021): _____;

Obiettivi di inclusione sociale del tirocinio:

- sviluppare competenze del tirocinante in riferimento agli obiettivi di inclusione sociale, di autonomia della persona e di riabilitazione _____ _____;
- sviluppare competenze di base e trasversali riferite alla figura professionale _____ _____;
- sviluppare le conoscenze di base in materia di organizzazione aziendale e disciplina del lavoro, salute e sicurezza _____;
- altro (specificare) _____.

Modalità di svolgimento e metodologia di apprendimento:

- ❑ alternanza formazione teorico-pratica;
- ❑ affiancamento del tirocinante a soggetti interni e/o esterni professionalmente qualificati;
- ❑ somministrazione al tirocinante di nozioni di difficoltà gradualmente crescente secondo le sue capacità di apprendimento;
- ❑ altro (specificare) _____ _____.

Motivi di attivazione del tirocinio finalizzato all'inclusione in relazione alle esigenze del tirocinante, con eventuali indicazioni da parte dei servizi sociali e/o sociosanitari che hanno in carico la persona _____ _____.

Note _____.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Quadro I Attestazioni

Il soggetto promotore attesta che

6. La durata del tirocinio è congrua in relazione agli obiettivi del tirocinio;
7. Per il profilo professionale di riferimento del tirocinio non è previsto un periodo di pratica professionale o di tirocinio finalizzato all'accesso a professioni ordinistiche;
8. Gli impegni assunti in convenzione si ritengono confermati;
9. Il tutor didattico organizzativo non segue contemporaneamente più di 20 tirocinanti, come da art. 9 comma 2 del Regolamento, fatte salve apposite deroghe stabilite dalla Regione Campania.

Il soggetto ospitante attesta che

5. Alla data odierna sussistono le condizioni dichiarate in sede di sottoscrizione della convenzione;
6. Gli impegni assunti in sede di sottoscrizione della convenzione sono confermati;
7. Il tutor aziendale non segue contemporaneamente più di 3 tirocinanti;
8. Il tutor aziendale possiede le competenze professionali adeguate a garantire il raggiungimento degli obiettivi del tirocinio.

Il tirocinante è stato reso edotto dei propri diritti e doveri.

Il tirocinio potrà essere interrotto, prima della scadenza indicata nel progetto formativo e nella comunicazione di avvio del tirocinio, dal soggetto ospitante, o dal soggetto promotore o dal tirocinante mediante motivata comunicazione scritta.

Il tirocinio potrà essere sospeso e prolungato correlativamente in caso di astensione obbligatoria per maternità, infortunio o malattia di lunga durata che si protraggono per una durata pari o superiore a 30 giorni solari.

Al termine del tirocinio, qualora il tirocinante abbia svolto almeno il 70% del monte ore previsto nel progetto formativo, a quest'ultimo, il soggetto promotore e il soggetto ospitante rilasciano un'attestazione finale di tirocinio.

Quadro L Sottoscrizione

Firma del tirocinante _____

Firma del soggetto promotore _____

Firma del tutor del soggetto promotore (per presa visione e accettazione) _____

Firma del soggetto ospitante _____

Firma del tutor del soggetto ospitante (per presa visione e accettazione) _____

(Eventuale) Firma per l'ente che ha in carico il tirocinante se diverso dal soggetto ospitante _____

fonte: http://burc.regione.campania.it