|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | regione toscana.jpg | repubblica italiana.jpg  Presidenza del Consiglio dei Ministri  Dipartimento per le Pari Opportunità |

**ALLEGATO 3 - PROGETTO PERSONALIZZATO DI TIROCINIO**

**Progetto ATI - Avviso regionale tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all’inclusione sociale ed all’autonomia rivolti a donne inserite in percorsi di cui alla DGR n.719/2021**

Allegato alla Convenzione stipulata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**DATI DELLA TIROCINANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e cognome |  |
| Codice fiscale |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Cittadinanza  *(se extra U.E. indicare tipo e scadenza*  *permesso di soggiorno)* |  |
| Residente a | Comune: Prov.: |
| Indirizzo |  |
| Domicilio  *(se diverso dalla residenza)* |  |
| Telefono |  |
| Mail |  |
| Progetto per l’occupabilità | Stipulato in data………. presso il CPI di …………………………….….  Nominativo tutor:…………………………………………………………. |

**DATI DELL’ENTE CHE HA IN CARICO LA TIROCINANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia | * Servizio sociale territoriale (*specificare*)………………………… * Centro antiviolenza o casa rifugio (ai sensi art. 5-bis DL 93/2013, convertito con modificazioni dalla L.119/2013)   *(specificare)* ………..………… |
| Denominazione |  |
| Codice fiscale/Partita IVA |  |
| Indirizzo sede legale |  |
| Nominativo Responsabile per la Convenzione di Tirocinio |  |
| Telefono |  |
| Mail |  |
| Nominativo Case-manager |  |
| Indirizzo sede operativa per la gestione  del Tirocinio |  |
| Telefono |  |
| Mail |  |

**DATI DEL SOGGETTO PROMOTORE**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia | □ Centro per l’Impiego della Regione Toscana  □ Soggetto titolare delle funzioni in materia sociale territorialmente competente a livello di ambito di zona-distretto, ai sensi della legge regionale 41/2005 e della legge regionale 40/2005  *(specificare)*……………………….  □ Cooperative sociali e altri enti del Terzo Settore  *(specificare)*……………………… |
| Denominazione |  |
| Codice fiscale/Partita IVA |  |
| Indirizzo sede legale |  |
| Nominativo Responsabile per la  Convenzione di Tirocinio |  |
| Telefono |  |
| Mail |  |
| Nominativo Tutor |  |
| Indirizzo sede operativa per la gestione  del Tirocinio |  |
| Telefono |  |
| Mail |  |

**DATI SOGGETTO OSPITANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia | * Impresa o datore di lavoro privato *(specificare …... )* * Organizzazione di Volontariato *(specificare )* * Associazione di promozione sociale *(specificare )* * Ente del Terzo Settore *(specificare )* |
| Denominazione |  |
| Codice fiscale/Partita IVA |  |
| Indirizzo sede legale |  |
| Settore economico di attività dell'azienda |  |
| CCNL applicato*(se pertinente)* |  |
| Numero totale addetti/operatori nell’unità operativa sede tirocinio |  |
| Numero tirocinanti attualmente ospitati nell’unità operativa sede del tirocinio |  |
| Nominativo Responsabile per la  Convenzione di Tirocinio |  |
| Telefono |  |
| Mail |  |
| Nominativo Tutor |  |
| Funzione/ruolo |  |
| Settore/reparto/ufficio/unità operativa |  |
| Indirizzo unità operativa per lo svolgimento del Tirocinio |  |
| Telefono |  |
| Mail |  |

**MOTIVAZIONI PRINCIPALI PER L’ATTIVAZIONE DEL TIROCINIO**

|  |  |
| --- | --- |
| Bisogni-Esigenze della tirocinante in  relazione al contesto | * personale ☐familiare ☐sociale |
| Fabbisogno specifico in relazione alle potenziali capacità di inserimento lavorativo |  |
| Obiettivi di inclusione sociale e di autonomia indicati nel PAP  (*riportare sinteticamente)* |  |
| Obiettivi percorso personalizzato indicati nel Progetto per l’occupabilità  (*riportare sinteticamente)* |  |

**INFORMAZIONI SUL TIROCINIO**

|  |  |
| --- | --- |
| Durata | Dal ……………… al …………………………  N. mesi……. N. totale ore….. |
| Monte ore previsto e organizzazione settimanale | ☐ Lunedì (mattina) da ore…a ore… (pomeriggio) da ore…a ore…  ☐ Martedì (mattina) da ore…a ore… (pomeriggio) da ore…al ore…  ☐ Mercoledì (mattina) da ore…a ore (pomeriggio) da ore…a ore...  ☐ Giovedì (mattina) da ore…a ore…(pomeriggio) da ore…a ore...  ☐ Venerdì (mattina) da ore…a ore… (pomeriggio) da ore…a ore...  ☐ Sabato (mattina) da ore…a ore (pomeriggio) da ore…a ore...  N°ore settimanali ……... |
| Obiettivi specifici e attività previste per l’acquisizione delle competenze trasversali (ad es. socio-relazionali etc) e delle competenze tecnico- professionali  *(descrivere l'ambito/area di inserimento, i compiti e le attività assegnate alla tirocinante, gli strumenti/attrezzature utilizzate,ecc.)* | 1. Competenze trasversali ……………………………*..*  Attività previste per l’acquisizione delle competenze trasversali:  …………………………………………………………………………  2. Competenze tecnico-professionali……………………………………..  Attività previste per l’acquisizione delle competenze tecnico-professionali:  …………………………………………………………………………  3. Altre competenze:…………………………………………………………………… |
| Riferimenti ad Aree di Attività  previste da figure professionali | Ada n° ………………………………………………… |
| Modalità di svolgimento |  |
| Copertura infortuni sul lavoro INAIL | posizione n.…………… |
| Responsabilità civile | Compagnia/Agenzia…………………… contratto n°…………….  scadenza \_\_\_/\_\_\_/\_\_  NB: IN CASO DI PROROGA INDICARE ESTREMI E NUOVA SCADENZA |

|  |  |
| --- | --- |
| Modalità e strumenti di monitoraggio per la verifica dell'andamento e dei risultati del tirocinio |  |
| Indennità mensile[[1]](#footnote-2) |  |
| Eventuali facilitazioni | * Mensa aziendale * Buoni pasto * Altro (specificare ) |
| Diritti e doveri della tirocinante | Durante lo svolgimento del Tirocinio, la tirocinante è tenuta a:   * svolgere le attività previste dal Progetto personalizzato di Tirocinio seguendo le indicazioni del/lla case manager e del/lla tutor,osservando gli orari e le regole di comportamento concordati e rispettando l'ambiente di lavoro; * rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro e le altre disposizioni indicate dal Soggetto Ospitante; * mantenere la necessaria riservatezza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio, per quanto attiene ai dati, informazioni o conoscenze in merito ai procedimenti amministrativi e ai processi produttivi acquisiti nel corso del tirocinio; * partecipare a momenti di verifica in itinere e finale, rendendosi disponibile a compilare questionari,ecc.; * redigere, con il supporto del/lla case manager e del/lla tutor del Soggetto ospitante, una relazione finale sull'esperienza di tirocinio.   La tirocinante può interrompere il tirocinio in qualsiasi momento previo confronto con il/la case manager.  Nel computo della durata del tirocinio non si tiene conto di eventuali periodi di astensione obbligatoria per maternità. Allo stesso modo non si tiene conto dei periodi di malattia o di impedimenti gravi documentati dalla tirocinante che hanno reso impossibile lo svolgimento del tirocinio.  La tirocinante gode di parità di trattamento con i/le lavoratori/trici nei luoghi di lavoro dove si svolge il periodo di tirocinio per ciò che concerne i servizi offerti dal soggetto ospitante ai/lle propri/e dipendenti.  Al termine del Tirocinio la tirocinante può richiedere al Centro per l’impiego la registrazione dell’esperienza di tirocinio nel libretto formativo del cittadino. |
| Altre informazioni utili |  |

Luogo e data…………

Letto, approvato e sottoscritto,

La Tirocinante

Per il soggetto promotore Timbro e firma

Per il soggetto ospitante Timbro e firma

*(Eventuale)*

Per l’Ente competente per la presa in carico Timbro e firma

1. Importo non superiore a 500 euro mensili erogato sulla base delle ore realmente effettuate il cui importo orario onnicomprensivo è pari ad euro 4,00 ai sensi dell’art. 2 dell’Avviso. [↑](#footnote-ref-2)