



**UNIONE EUROPEA**  
Iniziativa a favore dell'Occupazione Giovanile  
Fondo Sociale Europeo



Ministero del Lavoro  
e delle Politiche Sociali



REGIONE CAMPANIA



## PROGETTO FORMATIVO DEL TIROCINIO

Convenzione stipulata per la realizzazione di un tirocinio di formazione ed orientamento (lett. A) SI NO

Convenzione stipulata per l'inserimento/reinserimento di inoccupati, disoccupati,  
lavoratori in cig/mobilità (lett.B) SI NO

Soggetto con handicap ex legge n. 68/1999 SI NO      Soggetto svantaggiato ex legge n. 381/1991 SI NO

1. Soggetto ospitante \_\_\_\_\_  
 Comune o Stato estero Sede \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fax \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
 Natura giuridica del soggetto ospitante ente pubblico azienda privata associazione studio professionale  
 Legale rappresentante \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Attività economica esercitata \_\_\_\_\_ Cod. ATECO \_\_\_\_\_  
 Dipendenti in forza n. \_\_\_\_\_ di cui a tempo indeterminato n. \_\_\_\_\_ di cui a tempo determinato n. \_\_\_\_\_  
 Tirocini di formazione ed orientamento ex Regolamento 29 novembre 2013, n. 7, già in corso alla data odierna n. \_\_\_\_\_
2. Cognome e nome del tirocinante \_\_\_\_\_ Sesso M F  
 Comune o Stato estero di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Cittadinanza U.E. \_\_\_\_\_ Cittadinanza extra U.E. \_\_\_\_\_  
 Permesso di soggiorno (da allegare) n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_ Comune o Stato estero di residenza \_\_\_\_\_  
 Prov. \_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Cellulare \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fax \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Sede di svolgimento del tirocinio: Indirizzo \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Area aziendale di inserimento \_\_\_\_\_
4. Durata del tirocinio n. \_\_\_\_\_ mesi, a decorrere dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
5. Orario di svolgimento del tirocinio:  
 lunedì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_;  
 martedì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_;  
 mercoledì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_;  
 giovedì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_;  
 venerdì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_;  
 sabato dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_;

domenica dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_.

6. Tutore (indicato dal soggetto promotore) \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_

7. Responsabile indicato dal soggetto ospitante \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_

8. Polizze Assicurative:

posizione assicurativa INAIL n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ accesa presso la sede di \_\_\_\_\_

responsabilità civile Compagnia \_\_\_\_\_ polizza n. \_\_\_\_\_

9. Figura professionale oggetto del tirocinio (CP ISTAT 2011) \_\_\_\_\_

10. Obiettivi del tirocinio:

agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro;

migliorare il tasso di occupabilità del tirocinante;

sviluppare le competenze tecnico-professionali del tirocinante;

altro (specificare) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Modalità di svolgimento del tirocinio 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;

-pianificazione (planning) delle attività secondo un calendario settimanale quindicinale mensile ;

-verifica ed eventuale rimodulazione del percorso formativo;

- altro (specificare) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Contenuti del tirocinio:

-organizzazione aziendale e del lavoro;

-salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (decreto leg.vo n. 81/2008 e successive modifiche ed integrazioni);

-contenuti tecnico-professionali specifici (indicare in dettaglio) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Facilitazioni previste:

indennità di partecipazione Euro \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ in lettere \_\_\_\_\_ ) mensili;

rimborso spese documentate (vitto, trasporto, altro);

tickets restaurant;

altro (specificare) \_\_\_\_\_

14. Obblighi del tirocinante:

- svolgere le attività previste dal progetto formativo e di orientamento, seguendo le indicazioni dei tutori e facendo riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze;
- rispettare i tempi e gli orari di frequenza del tirocinio;
- rispettare i regolamenti interni e le norme disciplinari in uso presso il soggetto ospitante;
- rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
- mantenere, anche dopo lo svolgimento del tirocinio, la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio stesso.

15. Autorizzazione al trattamento dei dati personali ed aziendali ed assunzione di responsabilità:

Con la sottoscrizione del presente progetto si autorizza il trattamento dei dati personali e del soggetto ospitante ai sensi e per gli effetti del decreto lgs. 30 giugno 2003, n. 196. Agli effetti delle vigenti leggi e nella consapevolezza delle conseguenze penali connesse a dichiarazioni mendaci, si dichiara che tutti i dati sopra riportati sono veri.

Napoli, \_\_\_\_\_

Firma e timbro del soggetto ospitante

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fondazione Consulenti per il Lavoro  
Il Presidente  
(dr. Mauro Capitanio)

\_\_\_\_\_

Informazioni bancarie rilasciate dal tirocinante ai fini del pagamento delle indennità di partecipazione su conto corrente

bancario/postale IBAN \_\_\_\_\_

In assenza di indicazione dell'IBAN il pagamento sarà effettuato tramite ufficio postale corrispondente al CAP di domicilio / residenza (cancellare la voce che non interessa).

Firma del tirocinante

\_\_\_\_\_

Firma per presa visione ed accettazione dell' esercente la potestà genitoriale (in caso di minore) con allegata fotocopia documento di identità.

Firma \_\_\_\_\_