

# PROPOSTA ATTIVAZIONE CONVENZIONE DI TIROCINIO

**Progetto: #CHIERILAVORA**  
(Deliberazione di Giunta Comunale n. 17 del 30/01/2019)

<b>SPAZIO A CURA DELL'OPERATORE CPI</b>			
N°PROT _____	DEL _____	CLASS.TIT. XV.4.2	
DATA DI INIZIO _____	FINE _____		
PRESEL. SI	NO	TUTORE _____	

Al Centro per l'Impiego  
di CHIERI

## Consulente del lavoro:

tel: ..... Mail: .....

## SOGGETTO OSPITANTE

Ragione sociale .....

Sede prevalente del tirocinio: Indirizzo .....

Comune..... CAP.....

Sede legale: Indirizzo.....

Comune .....CAP.....

C.F. ....Telefono..... Fax.....

P. IVA:..... E-mail.....

Settore aziendale di inserimento (rif. ATECO) .....

Nominativo del Titolare o legale rappresentante che firma la convenzione .....

Nato/a.....il .....Comune.....

Prov..... Stato (se estero) .....

## Tutore Aziendale:

Cognome .....nome.....

E-mail.....

## Organico aziendale

N. lavoratori complessivo a tempo indeterminato (esclusi apprendisti e intermittenti):.....

### Con particolare riferimento alla sede di svolgimento del tirocinio:

N. lavoratori dipendenti tempo indeterminato (esclusi apprendisti e intermittenti ):.....

N. lavoratori dipendenti tempo determinato con data di inizio anteriore e fine posteriore alle rispettive date del tirocinio (Art 7.1):.....

N. soci con regolare attività nell'impresa con rapporti superiori ad un anno:.....

N. tirocini attivi in data odierna:.....

**Totale** .....

## TIROCINANTE

### Richiesta preselezione candidature – requisiti richiesti

Titolo di studio .....

Conoscenze linguistiche .....

Conoscenze informatiche .....

Altre conoscenze: .....

Ulteriori informazioni:.....

### OBIETTIVI E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO

**Figura professionale di riferimento/qualifica di inserimento tirocinante (da Repertorio regionale/nazionale CP ISTAT 2011) e breve descrizione delle attività**

.....

.....

.....

.....

.....

**Periodo del tirocinio:** N° MESI .....LA DATA DI INIZIO VERRA' COMUNICATA DAGLI OPERATORI

**orario di svolgimento del tirocinio** N° ore totali settimanali .....

Giorni (es. dal lunedì al venerdì).....

Eventuali sospensioni per i motivi previsti dalla DGR 85-6277 del 22/12/2017:dal .....  
al .....

#### **Indennità di partecipazione:**

Indennità di partecipazione mensile (D.G.R. 85-6277 del 2017) di €: .....

Indennità di partecipazione a carico progetto .....di €: .....

#### **Polizze assicurative a carico del soggetto ospitante**

Posizione INAIL già attiva (comunicare voce di rischio all'Inail): .....

Responsabilità civile: N° polizza Compagnia: .....

### **DICHIARAZIONE (barrare le caselle)**

A mente delle disposizioni di cui al D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 in tema di dichiarazioni sostitutive il Soggetto Ospitante, consapevole della conseguenza in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara, sotto la proprio personale responsabilità che:

- è in regola con la normativa di cui alla L. 68/99 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili) e con l'applicazione dei contratti collettivi di lavoro ( BARRARE SOLO SE SOGGETTI ALL'OBBLIGO);
- non è nelle condizioni di assoggettabilità alla predetta norma
- assicura il rispetto delle norme in materia di igiene e sicurezza del lavoro (DLG 81/2008) e in materia di sorveglianza sanitaria (L. 977/67, D. Lgs. 345/99);
- non deve avere procedure concorsuali, di CIG straordinaria, ordinaria o in deroga in corso oppure ricorso al Fondo di Integrazione Salariale o a Fondi bilaterali per il sostegno al reddito, per mansioni equivalenti a quelle del tirocinio, nella medesima unità operativa, salvo il caso in cui ci siano accordi

con le organizzazioni sindacali che prevedano tale possibilità;

- non ha effettuato nei 12 mesi precedenti, nella medesima unità operativa e per mansioni equivalenti a quelle oggetto del tirocinio richiesto, licenziamenti per: giustificato motivo oggettivo, collettivi, superamento periodo di comporto, superamento periodo di prova, fine appalto, risoluzione del rapporto di apprendistato per volontà del datore di lavoro al termine del periodo formativo;
- il tirocinio non è motivato da sostituzione di personale assente per malattia, maternità o ferie né rivolto alla copertura di ruoli o posizioni proprie dell'organizzazione del soggetto ospitante;
- il tirocinio non è motivato da sostituzione di lavoratori con contratto a termine nei periodi di picco delle attività;

Eventuali dichiarazioni integrative:

.....  
.....  
.....

Data

Timbro e firma dell'azienda

\_\_\_\_\_

Si dichiara di aver preso visione dell'**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679 fornita in allegato

Data

Timbro e firma dell'azienda

\_\_\_\_\_