



## Allegato C

### PROGETTO FORMATIVO

(Rif. Convenzione n° \_\_\_\_\_ stipulata in data \_\_\_\_\_)

Nome del tirocinante \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

Tel \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

**Attuale condizione (barrare la casella corrispondente alle tipologie indicate sotto):**

- Inoccupato
- Disoccupato/In mobilità
- Soggetto svantaggiato

Barrare la casella se soggetto portatore di handicap

Azienda ospitante \_\_\_\_\_

n. dipendenti \_\_\_\_\_ n. di tirocini in corso \_\_\_\_\_

Settore di attività \_\_\_\_\_

Sede del tirocinio (stabilimento – reparto – ufficio) \_\_\_\_\_

Telefono della sede del tirocinio \_\_\_\_\_

Orario di accesso ai locali aziendali: Dalle ore \_\_\_\_\_ Alle ore \_\_\_\_\_

Dalle ore \_\_\_\_\_ Alle ore \_\_\_\_\_

Ore settimanali previste \_\_\_\_\_

Tempi di accesso ai locali aziendali Dal \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_  
(indicare i giorni)

Periodo di tirocinio N° mesi \_\_\_\_\_ Dal \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_



Tutor indicato dall'Ente promotore \_\_\_\_\_

Tutor aziendale \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Responsabile Servizio di prevenzione e protezione \_\_\_\_\_

Medico competente<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
1 Se azienda sottoposta a sorveglianza sanitaria

**Polizze assicurative:**

Infortuni sul lavoro INAIL posizione n° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Responsabilità civile polizza n° \_\_\_\_\_ compagnia \_\_\_\_\_

**Obiettivi e modalità di svolgimento del tirocinio.**

a) \_\_\_\_\_ **Profilo professionale** \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

**Competenze da sviluppare:**

Tecnico professionali:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Trasversali:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Di base:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_ **Attività:**

\_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_ **Esperie**

**nze formative collaterali:**

\_\_\_\_\_



REGIONE SICILIA



Ministero del Lavoro  
e delle Politiche Sociali



Unione europea  
Fondo sociale europeo



e)

Modalità

di valutazione iniziale, in itinere e finale:

\_\_\_\_\_

f)

Modalità

ità della tutorship interna ed esterna:

\_\_\_\_\_

Importo indennità mensile: euro \_\_\_\_\_ a carico del \_\_\_\_\_

**Obblighi del tirocinante:**

- seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o per altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa i processi produttivi o altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- rispettare i regolamenti aziendali e le norme di igiene e sicurezza.

Consenso al trattamento dei dati personali del tirocinante da parte del soggetto ospitante, in applicazione della Legge n.675/96 e successive modifiche e integrazioni.

Firma del tirocinante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, (data) \_\_\_\_\_

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

\_\_\_\_\_

Firma del tutor indicato dal soggetto promotore

\_\_\_\_\_

Firma del tutor aziendale

\_\_\_\_\_

Firma e timbro dell'azienda

\_\_\_\_\_

Firma e timbro del soggetto promotore

\_\_\_\_\_