

TIROCINIO DI INSERIMENTO/REINSERIMENTO LAVORATIVO

**RICHIESTA DI ATTIVAZIONE**

Il soggetto ospitante nell’ambito del presente progetto di tirocinio dichiara, ai sensi di quanto stabilito con Delibera della Regione Piemonte n. 85 – 6277 del 22 dicembre 2017, quanto segue:

* *di essere in regola con la* ***normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro*** *ai sensi del decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 e smi.*
* *di essere in regola con la normativa per il diritto al lavoro dei disabili di cui alla legge n. 68 del 1999 e successive modifiche o di non essere nelle condizioni di assoggettabilità alla predetta norma.*
* *di non aver procedure di Cassa Integrazione Guadagni 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.*
* *di non aver proceduto, nei dodici mesi precedenti, ad effettuare* ***licenziamenti collettivi o licenziamenti individuali*** *o plurimi per giustificato motivo oggettivo, nonché procedure di mobilità per riduzione di personale nelle aree organizzative (uffici, reparti) e* ***per le figure professionali interessate*** *dalla riduzione per le quali si richiede l’attivazione di tirocini.*
* *di essere in regola con l’applicazione dei contratti collettivi di lavoro.*
* *che il tirocinio non è attivato* ***in sostituzione*** *di lavoratori subordinati* ***nei periodi di picco delle attività****, per sostituire personale del soggetto ospitante assente per* ***malattia, maternità o ferie*** *né per ricoprire ruoli necessari all’organizzazione dello stesso.*
* *che il tirocinante non ha avuto alcun rapporto di lavoro, di collaborazione o di incarico a qualsiasi titolo, con il medesimo soggetto ospitante nei due anni precedenti all’attivazione del tirocinio.*

*Il soggetto ospitante si impegna a valutare l’esperienza svolta dal tirocinante ai fini del rilascio, da parte del soggetto promotore, dell’attestazione dell’attività svolta e delle competenze eventualmente acquisite. La compilazione del presente modulo costituisce formale pre-iscrizione al corso di sicurezza generale per lavoratori secondo le modalità indicate al campo “Modalità svolgimento corsi obbligatori di sicurezza”.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Data e luogo** | **Timbro e Firma dell’impresa** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **DATI AZIENDA** |
| Ragione sociale |  |
| P. IVA / Cod. Fiscale |  |
| Indirizzo sede legale |  |
| Sede di svolgimento del tirocinio*(se diversa dalla sede legale)* |  |
| Codice destinatario*(per fatturazione)* |  | Indirizzo PEC |  |
| Telefono |  | Indirizzo mail |  |
| Dati del legale rappresentante | Nome |  |
| Cognome |  |
| Data di nascita |  |
| Città di nascita |  |
| Settore di attività |  |
| Codice ATECO |  | CCNL applicato |  |
| Dimensioni azienda \**- da 0 a 5 dipendenti: max. 1 tirocinante**- da 6 a 20 dipendenti: max. 2 tirocinanti**- oltre i 20 dipendenti: tirocinanti in misura non superiore al 10% dei suddetti dipendenti* | Dipendenti T.I. |  |
| Dipendenti T.D. |  |
| Tot. dipendenti |  |
| Dipendenti sede |  |
| Numero tirocini in atto |  |
| di cui nella filiale |  |
| Assicurazione RC | Numero |  |
| Compagnia |  |
| Posizione INAIL n° |  |

|  |
| --- |
| **DATI TIROCINANTE** |
| Cognome |  | Nome |  |
| Nato/a il |  |  |  |
| Stato di nascita |  | Cittadinanza |  |
| Codice Fiscale |  | Sesso |  |
| Residenza |  |
| Livello di istruzione |  |
| Stato occupazionale |  |
| MODALITA’ SVOLGIMENTO CORSI OBBLIGATORI DI SICUREZZA |
| □ In aula | □ Formazione a distanza (*piattaforma online*) | □ Già in possesso di certificato (*da allegare al presente modulo*) |

|  |
| --- |
| **DATI TIROCINIO** |
| Data inizio rapporto |  | Data fine rapporto |  |
| Per un periodo di mesi*(min. 2 – max. 6)* |  |
| Periodo di sospensione per chiusura aziendale*(superiore ai 15 gg. consecutivi)* |  |
| Tipo di orario*(part-time/full-time)* |  | Monte ore settimanale*(min. 20 – max. 40)* |  |
| Orario e giorni di articolazione del tirocinio |  |
| Settore aziendale di inserimento |  |
| Mansione / Figura professionale |  |
| Indennità di partecipazione mensile *(non inferiore a 600 euro lordi per 40 ore settimanali e 300 euro lordi per 20 ore settimanali)* |  |
| Retribuzione lorda annua |  |
| Tutor aziendale*(per max 3 tirocinanti)* | Nome e Cognome |  |
| Funzione / Qualifica |  |
| Codice Fiscale |  |
| Anni di esperienza |  |
| Descrizione attività previste dal tirocinio |  |

|  |
| --- |
| **DATI DI AVVIAMENTO (compilazione a cura del soggetto promotore)** |
| Tipo rapporto |  |
| Tipo ente promotore tirocinio |  |
| Ente promotore |  |
| P. IVA |  |
| Legale rappresentante | Nome |  |
| Cognome |  |
| Data di nascita |  |
| Città di nascita |  |
| Provincia |  |