



**PROPOSTA ATTIVAZIONE TIROCINIO  
PER CITTADINI RESIDENTI IN PAESI EXTRA UE (DGR 30/15)**

**SPAZIO A CURA DELL'OPERATORE CPI**

N°PROT \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

DATA PRESUNTA DI INIZIO \_\_\_\_\_

**All'Agenzia Piemonte Lavoro  
Via A. Avogadro 30 - 10121 TORINO  
Tel. 011 2271111  
@ [tirocini.extraue@agenziapiemontelavoro.it](mailto:tirocini.extraue@agenziapiemontelavoro.it)**

Studio/Consulente del lavoro: .....

Tel: ..... Mail: .....

**SOGGETTO OSPITANTE**

Ragione sociale .....

Sede prevalente del tirocinio: Indirizzo .....

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

Sede legale: Indirizzo.....

Comune: ..... CAP.....

C.F. .... P. IVA: .....

Telefono..... Fax..... 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) .....

**Organico aziendale**

N. lavoratori complessivo a tempo indeterminato (esclusi apprendisti, contratti ad intermittenza o a chiamata e contratti di somministrazione): .....

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

N. lavoratori **dipendenti a tempo indeterminato** (esclusi apprendisti, contratti ad intermittenza o a chiamata e contratti di somministrazione): .....

N. lavoratori **dipendenti a tempo determinato** con data di inizio anteriore e fine posteriore alle rispettive date del tirocinio (esclusi apprendisti, contratti ad intermittenza o a chiamata e contratti di somministrazione): .....

N. **soci con regolare attività nell'impresa** con rapporti superiori ad un anno che percepiscano un compenso per l'attività svolta diverso da quello di partecipazione agli organi amministrativi della società: .....

**Totale** .....

N. **tirocini extracurricolari totali attivi in data odierna:** .....

N. tirocini extracurricolari attivi in data odierna ma esclusi dal computo per le quote di contingentamento (art. 7 DGR 85/2017): .....

### **TIROCINANTE**

#### **Dati candidato segnalato dal soggetto ospitante**

Cognome: ..... Nome.....

C.F. .... Nato/a il .....a .....Prov. ....

Stato (se estero): .....

Sede di ospitalità: Indirizzo .....

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

Telefono..... E-mail.....

Titolo di studio:  NESSUNO  LIC. MEDIA INF.  DIPLOMA  LAUREA

#### **OBIETTIVI E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO**

Figura professionale di riferimento/qualifica di inserimento tirocinante (Codice CP ISTAT 2011 <http://professioni.istat.it/cp2011/> e Codice ADA Atlante del lavoro e delle Qualificazioni [https://atlantelavoro.inapp.org/atlante\\_lavoro.php](https://atlantelavoro.inapp.org/atlante_lavoro.php) ) e breve descrizione delle attività

Codice CP Istat 2011: .....

Codice ADA Atlante del lavoro e delle Qualificazioni: .....

*(aggiungere righe se necessario)*

Breve descrizione delle principali attività .....

.....

.....

**Periodo del tirocinio:** N° MESI .....

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

Articolazione oraria per i singoli giorni/settimane.....

.....

Eventuali sospensioni già definite in fase di attivazione del tirocinio, per i motivi previsti dalla DGR 85/2017 art. 3:

dal ..... al .....

#### **Indennità di partecipazione:**

Indennità di partecipazione mensile (D.G.R. 85-6277 del 2017) 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 propria 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 (D.Lgs. 81/2008) e in materia di sorveglianza sanitaria (L. 977/67, D.Lgs. 345/99);
- non ha in corso procedure concorsuali, di CIG straordinaria, ordinaria o in deroga, contratti di solidarietà di tipo "difensivo" oppure utilizzo del Fondo di Integrazione Salariale o a Fondi bilaterali per il sostegno al reddito, nella medesima unità operativa e per mansioni equivalenti a quelle del tirocinio, 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, per superamento periodo di comporto, per mancato superamento periodo di prova, per fine appalto; oppure 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 subordinati nei periodi di picco delle attività;
- non ha avuto con il medesimo tirocinante, nei due anni precedenti, un rapporto di lavoro, una collaborazione, un incarico o una prestazione lavorativa a qualsiasi titolo, salvo i casi disciplinati ai commi 6 e 7 dell'art. 8 della DGR 85/2017 e nei limiti da questi previsti.

Eventuali dichiarazioni integrative:

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

Data .....

Timbro e firma dell'azienda

\_\_\_\_\_

*La firma in calce non deve essere autenticata.  
Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata all'ufficio competente, via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.*