Alla Agenzia Regionale per il Lavoro

Ambito territoriale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Oggetto: | Richiesta di valutazione in merito alla ripetibilità dei tirocini delle persone di cui all’art. 24, comma 6 lettere da b) a f) della L.R. 17/2005 e ss.mm. e/o alla corresponsione dell’indennità da parte di soggetto diverso dal soggetto ospitante, ai sensi della delibera di Giunta Regionale E. R. n. 1143 del 08/07/2019 |

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto |  |
|  | |

In rappresentanza dell'Ente ………………………………………………… quale soggetto promotore del tirocinio

rivolto a:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome e cognome | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cod. Fiscale |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

da effettuarsi presso :

|  |  |
| --- | --- |
| Ragione sociale |  |

CHIEDE L’AUTORIZZAZIONE

* ❑ ALLA RIPETIZIONE del tirocinio (a tal fine allega scheda all.a)
* ❑ A PREVEDERE la corresponsione dell’indennità di partecipazione, a carico di:

|  |  |
| --- | --- |
| Ragione sociale |  |

A tal fine allega anche copia della convenzione e progetto individuale di tirocinio.

Luogo e data

(firma del rappresentante del soggetto richiedente )

Allegato a)

**SCHEDA TECNICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1) DATI TIROCINANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome e cognome | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cod. Fiscale | | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Età | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Genere (M/F) | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipologia di beneficiario (art. 24, comma 6)\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2) PROGETTO DI TIROCINIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Soggetto promotore del tirocinio** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ragione sociale | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CF/P.IVA | | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipologia soggetto promotore *(barrare la relativa casella)*: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Agenzia regionale per il lavoro dell’Emilia-Romagna; * Università, istituto di istruzione universitaria statale e non statale abilitato al rilascio di titoli accademici, Istituto di alta formazione artistica e musicale; * Istituzione scolastica statale e non statale che rilascia titoli di studio con valore legale; * Fondazione di Istruzione tecnica superiore (ITS); * Agenzia nazionale per le politiche attive del lavoro (ANPAL); * Soggetto accreditato ai servizi per il lavoro ai sensi dell’art. 35 della l.r. 17/2005 e ss.mm.; * Soggetto accreditato per la formazione professionale di cui all’art.33 della legge regionale n. 12 del 2003; * Soggetto autorizzato alla intermediazione dall’Agenzia nazionale per le politiche attive del lavoro (ANPAL), Soggetto accreditato ai servizi per il lavoro ai sensi dell’art. 12 del D.lgs 150/2015, soggetto autorizzato all’intermediazione ai sensi dell’art. 6, c. 1 del decreto legislativo n. 276 del 2003 (Regimi particolari di autorizzazione: scuole, comuni, siti Internet) * Azienda Regionale per il Diritto agli Studi Superiori (ER.GO); * Comuni in forma singola o associata, Aziende di Servizi alla Persona, Aziende speciali, anche consortili, comunità terapeutiche, enti ausiliari iscritti negli specifici albi regionali, cooperative sociali, purché iscritti negli specifici albi regionali; * Aziende unità sanitarie locali |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Soggetto ospitante** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ragione sociale | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CF/P.IVA | | | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Durata** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Data inizio (giorno/mese/anno) | | | | |  |  |
|  | | | | | | |
| Data fine (giorno/mese/anno) | | | | |  |  |
|  | | | | | | |
| Ore mensili previste | | | | |  |  |
| **Obiettivi formativi (del progetto formativo)** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Qualifica: | | |  | | | |
| *( e barrare la relativa casella)*: | | | | | | |
| UC 1 | | | | | | |
| UC 2 | | | | | | |
| UC 3 | | | | | | |
| UC 4 | | | | | | |
| altri | | | | | | |
| **In caso di ripetizione indicare il grado di raggiungimento degli obiettivi del precedente tirocinio** | | | | | | |
| Basso | | | | | | |
| Medio | | | | | | |
| Alto | | | | | | |
| **3) Relazione dettagliata sui motivi che giustificano la necessità di ripetizione del tirocinio:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **4) INDENNITA' DEL TIROCINIO** | | | | | | |
| *(se l'importo è erogato da più soggetti, indicare di seguito gli importi corrisposti da ogni signolo soggetto)* | | | | | | |
| **€** |  | | |  | | |
|  | | | | | | |
| **€** |  | | |  | | |
|  | | | | | | |
| **€** |  | | |  | | |
| Erogata da | | |  | | | |
|  | | | | | | |
| Soggetto promotore | | | | | | |
| Soggetto ospitante | | | | | | |
| Altro\* | |  | | | | |
|  | | *\* Se indicato "Altro" nella casella precedente, esplicare la ragione sociale:* | | | | |
|  | | | | | | |