Centro Regionale di Programmazione
Responsabile del Progetto "Colonie Penali della Sardegna
*c.a. Gianluca Cadeddu*
crp@pec.regione.sardegna.it

 PON Inclusione 2014-2020 – Progetto “*Modello sperimentale di intervento per il lavoro e l’inclusione attiva delle persone in esecuzione penale - Regione Sardegna*” CUP E75G19000110007 – Linea di intervento A2 Sperimentazione e implementazione di processi produttivi innovativi, Attività A.2.3 " Progetto Formativo Individuale PFI - PON Inclusione 2014-2020 - Progetto MILIA".

**PIANO FORMATIVO INDIVIDUALE**

Tipologia: Tirocinio di inserimento e/o reinserimento al lavoro

**DATI TIROCINANTE**

|  |
| --- |
| <Nome Tirocinante> <Cognome Tirocinante> - Codice fiscale: <Codice fiscale Tirocinante> nato/a a <Comune di nascita Tirocinante> il <Data di nascita Tirocinante> età <calcolo dell’età in anni come differenza tra la data di nascita e la data di trasmissione del progetto di tirocinio> anni – Cittadinanza <Cittadinanza Tirocinante>Livello di istruzione: <Titolo di studio Tirocinante> |

**DATI SOGGETTO OSPITANTE**

|  |
| --- |
| Tipologia: <Codice> <Forma giuridica > - Denominazione: <Denominazione Ente/Ragione sociale Impresa> - Codice fiscale: <Codice fiscale >Indirizzo: <Indirizzo sede legale > <Comune sede legale > - CAP <CAP sede legale > - Email: <e-mail > - Telefono: <telefono >Rappresentante legale: <Nome Rappresentante legale> <Cognome Rappresentante legale> - Codice fiscale: <Codice fiscale Rappresentante legale> Numero dipendenti: Tempo indeterminato: <Numero dipendenti a tempo indeterminato> - Tempo determinato: <Numero dipendenti a tempo determinato> - Tirocinanti: <Numero tirocinanti>Sede di svolgimento del tirocinio<Indirizzo sede di svolgimento del tirocinio> <Comune di svolgimento del tirocinio> - CAP <CAP di svolgimento del tirocinio> - Telefono: <telefono di svolgimento del tirocinio>Numero dipendenti: Tempo indeterminato (esclusi gli apprendisti): <Numero dipendenti sede a tempo indeterminato> - Tempo determinato: <Numero dipendenti sede a tempo determinato> - Tirocinanti: <Numero tirocinanti sede>IBAN: <IBAN> |

**DATI SOGGETTO PROMOTORE**

|  |
| --- |
| Denominazione: CENTRO REGIONALE DI PROGRAMMAZIONE (CRP) – Codice fiscale: 92028890926Indirizzo: Via Cesare Battisti s.n.c., Cagliari – 09123 – Email: crp@pec.regione.sardegna.it – Telefono: 0706067039Rappresentata da: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Direttore del CRP |

**DATI TIROCINIO**

|  |
| --- |
| **Obiettivo del tirocinio:****Il tirocinante acquisirà le seguenti competenze in costante affiancamento al tutor. Le attività svolte non saranno riconducibili ad attività lavorativa:**<Descrizione Tirocinio>Profilo di qualificazione del RRPQ: <Codice Profilo RRPQ> - <Descrizione Profilo RRPQ>**Modalità del tirocinio:**<Modalità di svolgimento tirocinio>Tutor del Soggetto Ospitante: <Nome Tutor Soggetto Ospitante> <Cognome Tutor Soggetto Ospitante> - E-mail: <E-mail Tutor Soggetto Ospitante> - Telefono: <Telefono Tutor Soggetto Ospitante>Ruolo: <Interno/Esterno ruolo del Tutor Soggetto Ospitante> **Indennità mensile****€ 500,00**Periodo di tirocinio numero di mesi: 3Ore settimanali: 18 così articolate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Polizze assicurative Responsabilità civile n. \_\_\_\_\_\_\_ – Compagnia assicuratrice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

**Obblighi del Tirocinante**

Il tirocinante si impegna a prendere visione e rispettare integralmente le Linee Guida dei Tirocini approvate con DGR 44/11 del 23/10/2013 e delle modalità operative per i tirocini di inserimento/reinserimento nell’ambito dei quali il CRP è soggetto promotore e in particolare è tenuto a:

* svolgere le attività previste dal progetto;
* rispettare le regole relative all'orario di svolgimento del tirocinio di cui al progetto formativo approvato;
* seguire le indicazioni del tutor aziendale e del referente tecnico delle Case di Reclusione;
* rispettare le norme in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;
* rispettare gli obblighi di riservatezza, sia durante, sia dopo lo svolgimento del tirocinio sui processi produttivi, o altre notizie relative al soggetto ospitante di cui il tirocinante venga a conoscenza;
* consegnare al soggetto ospitante i documenti relativi a eventuali assenze giustificate;
* assicurare la propria collaborazione per le attività di orientamento, tutoraggio, e monitoraggio;
* avvisare tempestivamente il soggetto ospitante di qualsiasi infortunio, incidente o sinistro che si verifichi durante lo svolgimento del tirocinio;
* comunicare tempestivamente per iscritto al soggetto ospitante e al soggetto promotore l'eventuale volontà di interrompere il tirocinio.

Firma del Legale Rappresentante del Soggetto Ospitante

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

Firma del Legale Rappresentante del Soggetto Promotore

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

Firma del Tirocinante

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