

ALLEGATO B

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ AD ATTIVARE TIROCINI E GARANTIRE IL
SUPPORTO FORMATIVO E SCHEDA FABBISOGNO NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA
"CAMPANIA WELFARE" - PROGETTO "H.O.P.E."
CUP: B41F24001070009/SURF: 27152 24036AP000000023**

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____
a _____ il _____ nella sua qualità di rappresentante
legale dell'ente _____ cod. fisc. _____
_____ Partita I.V.A. _____ con sede legale in
_____ Via/Piazza _____ cap _____ tel. _____
_____ e-mail _____
pec _____ e sede operativa in _____
Via/Piazza _____ tel. _____ e-
mail _____

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

- di essere disponibile ad accogliere tirocinanti nell'ambito del Programma "Campania Welfare", in qualità di soggetto ospitante;
- di essere consapevole che si tratta di tirocini di inclusione sociale, rivolti a soggetti fragili o svantaggiati, finalizzati al potenziamento dell'autonomia e alla promozione dell'occupabilità;
- di garantire un ambiente formativo idoneo, nel rispetto della normativa vigente in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- di assicurare la presenza di un tutor aziendale dedicato, con esperienza e competenze adeguate alla funzione di affiancamento e accompagnamento del tirocinante;
- di impegnarsi a collaborare alla definizione e attuazione del progetto formativo personalizzato, in raccordo con il soggetto promotore e i servizi sociali/sanitari coinvolti;
- di essere informato che, ai fini della selezione e attivazione, verrà rispettato l'ordine di priorità previsto dall'avviso pubblico;
- di accettare che l'abbinamento con il tirocinante avverrà in base al principio di coerenza tra profilo professionale/sociale e contesto aziendale, nonché nel rispetto del principio di territorialità;
- di essere consapevole che i tirocini non costituiscono rapporto di lavoro.

Luogo e data _____

Firma _____

A tal fine allega,

Scheda Fabbisogno
INFORMAZIONI PER ATTIVAZIONE TIROCINI INCLUSIONE SOCIALE

DATI SEDE LEGALE

Ragione sociale	
Forma giuridica	
Indirizzo sede Legale (Via, città, provincia e CAP)	
P.I.	
Iscrizione CCIAA n.	
Codice/i ATECO:	
E-MAIL	
PEC	
TELEFONO	

DATI SEDE OPERATIVA SE DIVERSI DA QUELLI DELLA SEDE LEGALE DOVE UBICARE IL TIROCINANTE

Indirizzo sede Legale (Via, città, provincia, CAP)	
E-MAIL	
TELEFONO	

PROFILO PROFESSIONALE RICHIESTO

Indicare quale Tipologia di Profilo professionale si richiede	
Principali Mansioni	

ORARIO DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO IPOTETICO (MAX 25 ORE)

GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE	DALLE ORE	ALLE ORE
LUNEDI'				
MARTEDI'				
MERCOLEDI'				
GIOVEDI'				
VENERDI'				
SABATO				
DOMENICA				

In caso di orario continuato, occorre prevedere per il tirocinante una pausa pranzo di almeno un'ora.

TUTOR SOGGETTO OSPITANTE	
NOME E COGNOME	
CF	
PROFILO AZIENDALE	
COTRATTO	

Luogo e data _____

Firma _____