

PROGETTO PERSONALIZZATO

relativo alla CONVENZIONE [individuale o collettiva] Tirocinio extracurricolare di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale all'autonomia delle persone e alla riabilitazione n° _/anno (ai sensi della DGR 5451 DEL 25/07/2016)

ANAGRAFICA GENERALE

SEZIONE 1 – TIROCINANTE

Anagrafica Tirocinante

Nome e Cognome	
Cittadinanza	
N. e scadenza permesso di soggiorno (In caso di soggetti extracomunitari)	
Luogo e data di nascita	
Residenza (Via e numero civico, Comune, CAP, Provincia)	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice Fiscale	
Telefono	
Mail	

Titolo di Studio (scelta alternativa)

- ☐ nessun titolo
- ☐ licenza elementare/attestato di valutazione finale
- ☐ licenza media /avviamento professionale
- ☐ titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di tecnico (iefp), qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)
- ☐ diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università
- ☐ qualifica professionale regionale post-diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (ifts)
- ☐ diploma di tecnico superiore (its)
- ☐ laurea di I livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (afam)
- ☐ laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), diploma accademico di II livello (afam o di conservatorio, accademia di belle arti, accademia d'arte drammatica o di danza, isia vecchio ordinamento)
- ☐ titolo di dottore di ricerca

TIPOLOGIA TIROCINANTE

- ☐ Soggetti in possesso del requisito soggettivo di presa in carico dal servizio sociale professionale del servizio pubblico di cui alla Dgr 25/07/2016 n.5451 e al D.d.s. n° 8570 del 18/06/25 e ss.mm.ii. (obbligatorio)

Ulteriori informazioni (*scelta multipla*)

- ☐ Soggetto in stato di disoccupazione ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs 150/15 – compresi coloro che hanno completato i percorsi di istruzione secondaria superiore e terziaria
- ☐ Lavoratore beneficiario di strumenti di sostegno al reddito in costanza di rapporto di lavoro
- ☐ Lavoratore a rischio di disoccupazione
- ☐ Soggetto già occupato che sia in cerca di altra occupazione
- ☐ Studente
- ☐ Soggetti disabili e svantaggiati

Categoria di svantaggio (*opzionale*):

- ☐ Persona svantaggiata ai sensi della art.4 della legge n. 381/1991 così come modificato dall'art.1 legge 193 del 2000
- ☐ Richiedenti protezione internazionale e titolari di status di rifugiato e di protezione sussidiaria ai sensi del dpr n. 21/2015;
- ☐ Persona svantaggiata vittima di violenza e di grave sfruttamento da parte delle organizzazioni criminali e soggetti titolari di permesso di soggiorno rilasciato per motivi umanitari, ai sensi del d.lgs. 286/1998;
- ☐ Persona svantaggiata vittima di tratta ai sensi del D.LGS. 24/14.
- ☐ Persona con disabilità di cui all'art. 1, comma 1 della legge 68/99
- ☐ Persona con disabilità iscritta nelle liste del collocamento mirato della Provincia di riferimento

DID rilasciata il _____ (*se del caso*)

PSP sottoscritto il _____ (*se del caso*)

TUTORE LEGALE (*genitore o chi ne esercita la potestà parentale o tutela in caso di tirocinanti minorenni*)

Nome Cognome _____ Cittadinanza _____ Numero e scadenza permesso di soggiorno _____
in caso di soggetto extracomunitario, Nato a _____ Il _____ Residenza Via/Viale/P.zza _____ Comune _____ C.A.P. _____ Provincia _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) Via/Viale/P.zza _____ Comune _____ C.A.P. _____ Provincia _____
Codice Fiscale _____

SEZIONE 2 SOGGETTO PROMOTORE – SOGGETTO PROPONENTE

Anagrafica Soggetto Promotore:

Ragione Sociale	<i>Comunità Montana Valli del Verbano- Servizio di Inclusione Sociale</i>
Codice Fiscale/P.Iva	93017450128 P.IVA 03114910122
Sede legale (<i>Via e numero civico, Comune, CAP, Provincia</i>)	<i>Città Luino - Via Collodi n 4 (VA)</i> <i>C.A.P. 21016</i>
Legale Rappresentante (o suo delegato con potere di firma) (Nome e Cognome)	<i>Renata Cariola</i>
Giorno e luogo di nascita	<i>11/09/1975 Varese</i>
Codice Fiscale	<i>CRLRNT75P51L682V</i>
Sede operativa (<i>Via, n. civico, Comune, CAP e Provincia</i>)	<i>Cuveglia, Piazza Marconi 21030 (Va)</i>

Nome e Cognome del responsabile della gestione del tirocinio (può corrispondere al tutor)	
Luogo e Data di Nascita	
Codice Fiscale	
Telefono	
E-Mail	

Abilitato a svolgere l'attività di Soggetto Promotore ai sensi dell'art. 2.1 della D.G.R. 17/01/2018 n.7763 e della DGR del 25.07.2016, n. 5451 come: *(scelta alternativa)*

- ☐ Istituzioni scolastica
- ☐ Fondazione ITS;
- ☐ Istituzione Universitaria/AFAM;
- ☐ Istituzione formativa accreditata ai servizi di istruzione e formazione professionale di cui alla L.R. n. 19/2007;
- ☐ Centro per l'Impiego;
- ☐ Accreditato regionale ai servizi al lavoro di cui alla L.R. n. 22/2006;
- ☒ Autorizzato regionale ai servizi per il lavoro di cui alla L.R. n. 22/2006;
- ☐ Comunità terapeutica/cooperativa sociale, iscritta a specifico albo regionale
- ☐ Servizio pubblico che ha in carico la persona tramite i propri uffici competenti
- ☐ Ente "in house" del MLPS/SLI Sviluppo Lavoro Italia/ altri Ministeri (ivi compresi i soggetti autorizzati da SLI Sviluppo Lavoro Italia)

Qualora la scelta sia

- ☐ Ente "in house" del MLPS/SLI/ altri Ministeri (ivi compresi i soggetti autorizzati da SLI all'intermediazione ovvero accreditati ai servizi per il lavoro ai sensi del d.lgs 150/2015) *specificare la tipologia del progetto per cui è autorizzato ad essere soggetto promotore* _____

In alternativa

Abilitato a svolgere l'attività di Soggetto Promotore ai sensi della normativa della Regione ____ *citare regione e normativa per cui si è autorizzato ad essere soggetto promotore.* (in caso di tirocini in mobilità interregionale e/o in favore soggetto ospitante multi-localizzato/PA).

Anagrafica Soggetto Proponente, se diverso da Soggetto Promotore:

Ragione Sociale	
Codice Fiscale/P.Iva	
Sede legale (Via e numero civico, Comune, CAP, Provincia)	
Legale Rappresentante (o suo delegato con potere di firma) (Nome e Cognome)	
Giorno e luogo di nascita	
Codice Fiscale	
Sede operativa (Via, n. civico, Comune, CAP e Provincia)	
Nome e Cognome del responsabile della gestione del tirocinio (può corrispondere al tutor)	
Luogo e Data di Nascita	
Codice Fiscale	

Telefono	
E-Mail	

SEZIONE 3 – SOGGETTO OSPITANTE

Ragione Sociale	
Codice Fiscale/P.Iva	
Sede legale <i>(Via e numero civico, Comune, CAP, Provincia)</i>	
Legale Rappresentante (o suo delegato con potere di firma) (Nome e Cognome)	
Giorno e luogo di nascita	
Codice Fiscale	
Sede operativa di svolgimento del tirocinio (Via, n. civico, Comune, CAP e Provincia) <i>(se il tirocinio si svolge su sedi diverse nella stessa e/o diverse Regioni indicare le singole sedi e la percentuale di attività di svolgimento per ogni sede)</i>	
Nome e Cognome del responsabile della gestione del tirocinio (può corrispondere al tutor aziendale)	
Luogo e Data di Nascita	
Codice Fiscale	
Telefono	
E-Mail	

Natura giuridica del Soggetto Ospitante:

- ☐ Pubblica amministrazione (art.1 c.36 L.92/2012)
- ☐ Tipologia pubblica amministrazione (Provincia, Comune, ecc)_____
- ☐ Il soggetto ospitante svolge attività stagionali
- ☐ Altri soggetti _____ (specificare)

Settore Ateco attività:_____

SEZIONE 4 - INFORMAZIONI SPECIFICHE

Disciplina di riferimento

- ☐ **Regione Lombardia**, DGR 5451 del 25.07.16 e relative linee attuative di cui D.d.s. n° 8570 del 18 giugno 2025 e ss.mm.ii.

Tipologia del progetto

Indicare se il tirocinio oggetto del PP è attivato o meno all'interno di Progetti a carattere europeo, nazionale, regionale, provinciale, territoriale, ecc

- ☐ Nessun progetto
- ☐ Programma di rilevanza nazionale approvato in accordo con Regione Lombardia (indicare quale_____)
- ☐ Progetti - iniziative regionali (indicare quale_____)

- ☐ Progetti - iniziative territoriali (isola formativa, adozione lavorativa, dote comune) indicare quale _____
- ☐ Altro, specificare _____

Tipologia di tirocinio

- ☐ Tirocinio di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione (ai sensi della DGR 5451 del 25/07/2016)
- ☐ in mobilità interregionale
- ☐ in mobilità interregionale in favore di soggetti ospitanti multilocalizzati
- ☐ nessuno dei precedenti

Contratto di lavoro

CCNL applicato dal soggetto ospitante _____

SEZIONE 5 - GESTIONE DEL TIROCINIO

Tutor soggetto promotore

Nome e Cognome	
Codice fiscale	
Titolo di Studio	
Telefono	
Mail	

se del caso

- ☐ tutor specialistico, in caso di soggetti disabili, con compiti di accompagnamento del processo di apprendimento e di inserimento nel contesto produttivo del soggetto ospitante

Tutor soggetto ospitante

Nome e Cognome	
Codice fiscale	
Livello di Inquadramento ☐ titolare di impresa o coadiuvanti o libero professionista (singolo o associato) ☐ dipendente con contratto a tempo indeterminato ☐ dipendente con contratto a tempo determinato (tanto da garantire l'affiancamento per tutta la durata del tirocinio) ☐ socio lavoratore di cooperativa ai sensi legge 142/2001 (con rapporto tale da garantire l'affiancamento per tutta la durata del tirocinio) ☐ consulente esterno con <u>rapporto strutturato e continuativo</u> , tanto da garantire l'affiancamento per tutta la durata del tirocinio	
Anni di esperienza	
N. di tirocinanti affidati ad avvio del presente tirocinio <i>(massimo range da 1/1 a 1/3 a seguito di valutazione delle necessità derivanti dalla situazione del tirocinante)</i>	
Telefono	
Mail	

Esperienze e competenze professionali possedute a comprova dell'adeguatezza allo svolgimento dell'incarico di tutor	<i>Inserire sintetica descrizione delle esperienze e competenze professionali possedute a comprova dell'adeguatezza allo svolgimento dell'incarico di tutor</i>
---	---

II° Tutor soggetto ospitante in caso di tirocinante che operi presso un'azienda con turnazione

Nome e Cognome	
Codice fiscale	
Livello di Inquadramento ☐ titolare di impresa o coadiuvanti o libero professionista (singolo o associato) ☐ dipendente con contratto a tempo indeterminato ☐ dipendente con contratto a tempo determinato (tanto da garantire l'affiancamento per tutta la durata del tirocinio) ☐ socio lavoratore di cooperativa ai sensi legge 142/2001 (con rapporto tale da garantire l'affiancamento per tutta la durata del tirocinio) ☐ consulente esterno con <u>rapporto strutturato e continuativo</u> , tanto da garantire l'affiancamento per tutta la durata del tirocinio	
Anni di esperienza	
N. di tirocinanti affidati ad avvio del presente tirocinio <i>(massimo range da 1/1 a 1/3 a seguito di valutazione delle necessità derivanti dalla situazione del tirocinante)</i>	
Telefono	
Mail	
Esperienze e competenze professionali possedute a comprova dell'adeguatezza allo svolgimento dell'incarico di tutor	<i>Inserire sintetica descrizione delle esperienze e competenze professionali possedute a comprova dell'adeguatezza allo svolgimento dell'incarico di tutor</i>

Indennità di partecipazione (se prevista)

- ☐ Viene corrisposta un'indennità di € mensili al lordo delle eventuali ritenute fiscali secondo quanto previsto dagli Indirizzi regionali nel caso di tirocini d'inclusione sociale per disabili o svantaggiati di cui alla DGR 5451 del 25/07/2016 e D.d.s. n° 8570 del 18 giugno 2025 e ss.mm.ii.
- ☐ BUONI PASTO
- ☐ SERVIZIO MENSA
- ☐ RIMBORSO SPESE DI PARTECIPAZIONE Inserire descrizione dettagliata delle eventuali spese che saranno rimborsate_____

Nel caso di sospensione del tirocinio non sussiste l'obbligo di corresponsione dell'indennità di partecipazione.

Garanzie assicurative obbligatorie

Inail	
N. Posizione Assicurativa Territoriale di riferimento	

Aperta da (inserire soggetto che ha aperto la posizione)	
---	--

Responsabilità civile verso terzi

Assicurazione (Inserire l'anagrafica della compagnia di assicurazione che ha emesso la polizza)	AXA ASSICURAZIONI- Agenzia di Cuveglio (VA)	
N. polizza (Inserire il numero identificativo della polizza)	RC NR. 7/80754	
Stipulata da ____ (inserire soggetto che ha stipulato la polizza)	Comunità Montana Valli del Verbano	

SEZIONE 6 – OBIETTIVI E MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO

Durata

Durata Inserire il numero di giorni solari e n° mesi	
Data di inizio	
Data di fine	
Articolazione Oraria Indicare le ore giornaliere e settimanali in coerenza con il contratto collettivo applicato dal soggetto ospitante	
Svolgimento in modalità smart working (nei casi in cui tale modalità di lavoro sia prevista dall'organizzazione del lavoro del soggetto ospitante e sia compatibile con detta modalità , inserire percentuale oraria di svolgimento del tirocinio in modalità smart working. Attenzione, tale modalità deve essere inferiore al 100% del monte ore complessivo del tirocinio)	

Presenza:

- ☐ Sintesi della relazione iniziale del Servizio pubblico proponente (che verrà allegata nel Dossier individuale dal soggetto promotore)
- ☐ Parere del Servizio pubblico proponente per deroga alla durata massima di 24 mesi (che verrà allegato nel Dossier individuale dal soggetto promotore)

Ambito/i di inserimento

Descrivere brevemente l'ambito aziendale in cui si svolgerà il tirocinio (ad esempio: settore, reparto, ufficio; descrizione di massima delle attività che vengono svolte in tale ambito, ecc.)

Attività oggetto del tirocinio

Descrivere brevemente le attività oggetto del tirocinio

Obiettivi formativi e di orientamento

Descrivere brevemente gli obiettivi che dovranno essere perseguiti durante il periodo di tirocinio, in termini di competenze, con riferimento al Quadro Regionale degli Standard Professionali (replicare per ogni profilo professionale individuato).

Settore economico professionale (sep)	
Area di attività	
Competenza in esito	
Livello eqf	
Eventuale profilo professionale q.r.s.p. Corrispondente alla competenza in esito	
Eventuale classificazione nazionale delle professioni istat	

ATTESTAZIONE DELLE COMPETENZE

È previsto il rilascio del:

- ☐ **Nessun Attestato**
- ☐ il **Documento di trasparenza** (con valore di attestazione di parte prima) attraverso la procedura di Individuazione, Validazione e Certificazione delle competenze, di cui alle D.g.r n° XI/7721 del 28/12/2022 e D.g.r n° XI/3880 del 03/02/2025.
- ☐ il **Documento di validazione** (con valore di attestazione di parte seconda) attraverso la procedura di Individuazione, Validazione e Certificazione delle competenze, di cui alle D.g.r n° XI/7721 del 28/12/2022.
- ☐ l'**Attestato di competenza** (con valore di attestazione di parte terza), ai sensi del decreto legislativo n. 13/2013 e della legge regionale n. 19/07 e attraverso la procedura di Individuazione, Validazione e Certificazione delle competenze, di cui alle D.g.r n° XI/7721 del 28/12/2022.

Se uno degli ultimi due campi valorizzati:

Cognome Nome del Responsabile della certificazione delle competenze _____ (in caso di rilascio del documento dell'**Attestato di competenza**) dell'Operatore Accreditato _____ garante del processo certificatorio e firmatario dell'attestato.

OBBLIGHI DEL TIROCINANTE

Con la sottoscrizione del presente Progetto Personalizzato, il tirocinante si impegna al rispetto delle seguenti regole nel corso del tirocinio:

1. seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
2. rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti ed ogni altra informazione relativa all'azienda, alla sua organizzazione e ai suoi programmi di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
3. rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza;
4. eseguire i compiti secondo le indicazioni ricevute dal tutor aziendale, nell'ambito di quanto previsto dal presente Progetto Personalizzato;
5. richiedere verifiche e autorizzazioni nel caso di rapporti e relazioni con soggetti terzi;
6. frequentare gli ambienti aziendali e utilizzare le attrezzature poste a disposizione secondo i tempi e le modalità previste dal presente Progetto e che verranno successivamente fornite in coerenza con questo, rispettando in ogni caso le norme e le prassi aziendali di cui verrà portato a conoscenza.

Inoltre, il tirocinante dichiara di essere a conoscenza che:

- a) per la partecipazione al tirocinio riceverà quanto eventualmente definito al precedente punto Indennità di partecipazione;
- b) ai sensi della Convenzione sopra richiamata, ha la possibilità di interrompere il tirocinio in qualsiasi momento, dandone comunicazione al tutor del soggetto promotore e al tutor del soggetto ospitante ed in caso di proprio comportamento tale da far venir meno le finalità del

Progetto Personalizzato, le parti potranno recedere dalla Convenzione stessa e, conseguentemente, il tirocinio sarà interrotto.

c) al termine del tirocinio riceverà, dal soggetto promotore:

- ☐ un'Attestazione di svolgimento del tirocinio, attestante la tipologia di tirocinio, la sede ed il periodo di svolgimento in caso di partecipazione almeno al 70% della durata prevista, in termini di ore, dal presente Progetto Personalizzato (obbligatorio)
- ☐ l'Attestato di competenza, (ai sensi del decreto legislativo n. 13/2013 e della legge regionale n. 19/07), rilasciato secondo le modalità di cui al DDUO n. 12453/2012. (facoltativo)
- ☐ il Documento di trasparenza (con valore di attestazione di parte prima) attraverso la procedura di Individuazione, Validazione e Certificazione delle competenze, di cui alle D.g.r n° XI/7721 del 28/12/2022 e D.g.r n° XI/3880 del 03/02/2025. (facoltativo)
- ☐ il Documento di validazione (con valore di attestazione di parte seconda) attraverso la procedura di Individuazione, Validazione e Certificazione delle competenze, di cui alle D.g.r n° XI/7721 del 28/12/2022. (facoltativo)
- ☐ l'Attestato di competenza (con valore di attestazione di parte terza), ai sensi del decreto legislativo n. 13/2013 e della legge regionale n. 19/07 e attraverso la procedura di Individuazione, Validazione e Certificazione delle competenze, di cui alle D.g.r n° XI/7721 del 28/12/2022. (facoltativo)

DICHIARAZIONI DI VERIDICITA' DELLE INFORMAZIONI

Con la sottoscrizione del presente Progetto Personalizzato, il tirocinante, il soggetto promotore, il soggetto proponente _____ (se diverso dal promotore) e il soggetto ospitante dichiarano:

- ☐ che le informazioni contenute nel presente Progetto Personalizzato sono rese ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e di essere consapevoli delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

CONSENSO RELATIVO ALLA PRIVACY

Con la sottoscrizione del presente Progetto formativo, il tirocinante, il soggetto promotore, il soggetto proponente (se diverso dal promotore) e il soggetto ospitante dichiarano:

- ☐ di esprimere, ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, il consenso al trattamento, anche automatizzato, dei dati personali contenuti nel presente Progetto Personalizzato, inclusa la loro eventuale comunicazione a soggetti terzi specificatamente incaricati, limitatamente ai fini della corretta gestione del tirocinio, da parte del soggetto promotore, del soggetto proponente (se diverso dal promotore) e del soggetto ospitante e ai fini delle funzioni di controllo e monitoraggio, da parte di Regione Lombardia, ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196. e degli articoli. 13 e 14 del GDPR - Regolamento UE 2016/679

Luogo ____ **Data** ____

FIRME CONTRAENTI

Il soggetto promotore <i>Firma digitale o firma elettronica qualificata o firma elettronica avanzata del rappresentante legale o di altro soggetto con potere di firma</i>	
Il soggetto proponente (se del caso) <i>Firma digitale o firma elettronica qualificata o firma elettronica avanzata del rappresentante legale o di altro soggetto con potere di firma</i>	

Il soggetto ospitante <i>Firma digitale o firma elettronica qualificata o firma elettronica avanzata del rappresentante legale o di altro soggetto con potere di firma</i>	
Il Tirocinante, <i>Firma digitale o firma elettronica qualificata, o firma olografa</i>	
il Tutore legale, <i>Firma digitale o firma elettronica qualificata o firma olografa</i> <i>(genitore o chi ne esercita la potestà parentale o tutela in caso di tirocinanti minorenni, in tal caso allegare documentazione attestante il ruolo di rappresentante/tutore legale del minore)</i>	