

Progetto APPROVATO in data <gg.mm.aaaa  
hh.mm della pubblicazione della  
determinazione di approvazione>  
Non spedire copia controfirmata

Pubblicato sul portale SardegnaLavoro

Spett.le

<Denominazione/Ragione sociale Impresa>

c.a. <Nome Rappresentante legale> <Cognome  
Rappresentante legale>

<Indirizzo sede legale Impresa>

<CAP sede legale impresa> <Comune sede legale  
Impresa>

PEC-E-mail: <PEC - mail Impresa>

Al/Alla Sig./Sig.ra

<Nome Tirocinante> <Cognome Tirocinante>

<Indirizzo residenza Tirocinante>

<CAP residenza Tirocinante> <Comune residenza  
Tirocinante>

E-mail: <e-mail Tirocinante>

**Oggetto: <Codice definitivo del progetto> - Comunicazione Approvazione Progetto di Tirocinio di <Nome Tirocinante> <Cognome Tirocinante> c/o <Denominazione/Ragione sociale Impresa>**

Con la presente si comunica che il progetto di tirocinio da Voi presentato è stato approvato.

Le comunicazioni effettuate tramite il portale SardegnaLavoro sono da considerarsi definitive; non è pertanto necessario che venga inviata alcuna copia controfirmata.

Si ricorda che:

- in caso di interruzione del tirocinio la stessa ha efficacia dal giorno successivo alla data di validazione dell'istanza di interruzione da parte del Soggetto Promotore.
- anche nel caso di mancato avvio deve essere effettuata la procedura sul portale dedicato.
- è necessario compilare regolarmente online il Libretto del Tirocinante sul portale SardegnaLavoro e nel caso di Tirocini con indennità a carico del soggetto promotore la tardiva compilazione del Libretto comporterà il conseguente ritardo nell'erogazione dell'indennità.
- sono di competenza del soggetto ospitante gli adempimenti relativi:
  - alle Comunicazioni Obbligatorie di cui alla L. 27/12/2006 n.296 e Decreto Interministeriale 30/10/2007;
  - all'attivazione della PAT INAIL specifica per il tirocinante.

Per informazioni si invita a contattare il Tutor del Soggetto Promotore indicato nel Progetto di Tirocinio.

Progetto APPROVATO in data <gg.mm.aaaa  
hh.mm della pubblicazione della  
determinazione di approvazione>  
Non spedire copia controfirmata

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO  
Servizio progetti su base  
regionale e comunitaria

**Codice:** <Codice definitivo del progetto>

### Progetto Formativo Individuale "PFI"

Programma di tirocinio: Tirocini Avviso Pubblico TVB SARDEGNA Lavoro

Tipologia: Tirocinio di inserimento e/o reinserimento al lavoro

Data e ora di accettazione dell'abbinamento: <gg.mm.aaaa hh.mm conferma abbinamento>

---

#### 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 presentazione del progetto di tirocinio> anni - Cittadinanza <Cittadinanza Tirocinante>

<SEZIONE "DATI STRANIERO": I campi inclusi in tale sezione verranno visualizzati solo nel caso in cui il tirocinante sia un cittadino extracomunitario (campo "Cittadinanza" presente nella sezione "Anagrafica tirocinante" valorizzato con una cittadinanza extracomunitaria)

Titolo di soggiorno: <titolo di soggiorno> Numero titolo di soggiorno: <numero titolo di soggiorno> Scadenza titolo di soggiorno: <data scadenza titolo di soggiorno> Data richiesta sanatoria/data: <data richiesta sanatoria> Questura rilascio titolo di soggiorno: <questura rilascio titolo di soggiorno> Motivo titolo di soggiorno: <motivo titolo di soggiorno>

Residente in <Indirizzo residenza Tirocinante> CAP <CAP residenza Tirocinante> <Comune residenza Tirocinante>  
E-mail: <e-mail Tirocinante> - Cellulare: <telefono cellulare Tirocinante> - Telefono Domicilio <telefono domicilio Tirocinante>

Domiciliato in <Indirizzo domicilio Tirocinante> CAP <CAP domicilio Tirocinante> <Comune domicilio Tirocinante>

Livello di istruzione: <Titolo di studio Tirocinante>

Stato occupazionale: <Stato occupazionale Tirocinante>

Modalità di pagamento: Versamento su conto corrente - IBAN <IBAN> intestato/cointestato a <Nome Tirocinante> <Cognome Tirocinante>

---

#### Dati Soggetto Ospitante

Tipologia: <Codice> <Forma giuridica Impresa> - Denominazione: <Denominazione/Ragione sociale Impresa> - Codice fiscale: <Codice fiscale Impresa>



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ADDESSONADU DE SU TRABALLU, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SEGURANZA SOTZIALE  
ASSESSORADU DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

CUP D76G19000900009

Progetto APPROVATO in data <gg.mm.aaaa  
hh.mm della pubblicazione della  
determinazione di approvazione>  
Non spedire copia controfirmata

Indirizzo: <Indirizzo sede legale Impresa> <Comune sede legale Impresa> - CAP <CAP sede legale Impresa> - Email: <e-mail Impresa> - Telefono: <telefono Impresa>  
Settore ATECO 2007: <Settore ATECO 2007 attività Impresa>  
Rappresentante legale: <Nome Rappresentante legale> <Cognome Rappresentante legale> - Codice fiscale: <Codice fiscale Rappresentante legale>  
Numero dipendenti: Tempo indeterminato (esclusi gli apprendisti): <Numero dipendenti a tempo indeterminato> - Tempo determinato: <Numero dipendenti a tempo determinato> - Tirocinanti (esclusi i tirocini di inclusione ex DGR 34/20 del 07.07.2015 e quelli in favore dei soggetti di cui all'art. 2, comma 1, lett.e): <Numero tirocinanti>  
Sede di svolgimento del tirocinio  
<Indirizzo sede di svolgimento del tirocinio> <Comune sede di svolgimento del tirocinio> - CAP <CAP sede di svolgimento del tirocinio> - Telefono: <telefono sede di svolgimento del tirocinio>  
Settore ATECO 2007 sede di svolgimento del tirocinio: <Settore ATECO 2007 attività Impresa>  
Numero dipendenti: Tempo indeterminato (esclusi gli apprendisti): <Numero dipendenti a tempo indeterminato sede di svolgimento del tirocinio> - Tempo determinato: <Numero dipendenti a tempo determinato sede di svolgimento del tirocinio> - Tirocinanti (esclusi i tirocini di inclusione ex DGR 34/20 del 07.07.2015 e quelli in favore dei soggetti di cui all'art. 2, comma 1, lett.e): <Numero tirocinanti sede di svolgimento del tirocinio>  
Percentuale di assunzione dei tirocinanti negli ultimi 24 mesi pari a: VISIBILE SOLO SE IL NUMERO DEI DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO DELLA SEDE DI SVOLGIMENTO È MAGGIORE DI 20 < % di assunzione dei tirocinanti che hanno effettuato il tirocinio presso il Soggetto Ospitante stesso negli ultimi 24 mesi >  
IBAN: <IBAN>

#### Dati Soggetto Promotore

Denominazione: Agenzia Sarda per le Politiche Attive del Lavoro – ASPAL – Codice fiscale: 92028890926  
Indirizzo: VIA Is Mirrionis, 195 Cagliari – 09122 – Email: [agenzialavoro@pec.regione.sardegna.it](mailto:agenzialavoro@pec.regione.sardegna.it) – Telefono: 0706067039  
Rappresentata da: Il Direttore del Servizio Coordinamento dei Servizi Territoriali e Governance

#### 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.

<codice ADA Tirocinio> - <Descrizione ADA Tirocinio>

<codice ADA Tirocinio> - <Descrizione ADA Tirocinio>

##### Modalità del tirocinio:

<Modalità di svolgimento tirocinio>

Lavoro in agricoltura: <SI/NO>

Giornate lavorative previste: <numero giornate previste se lavoro in agricoltura>

Tipo lavorazione: <tipo lavorazione prevista se lavoro in agricoltura>

Profilo di qualificazione del RRPQ: <Codice Profilo RRPQ> - <Descrizione Profilo RRPQ>

Profilo professionale ISTAT 2011: <Codice CP 2011> - <Descrizione CP 2011>



Progetto APPROVATO in data <gg.mm.aaaa  
hh.mm della pubblicazione della  
determinazione di approvazione>  
Non spedire copia controfirmata

Tutor del Soggetto Ospitante: <Nome Tutor Soggetto Ospitante> <Cognome Tutor Soggetto Ospitante>

Funzione del Tutor nell'organizzazione del SO:

Tipologia contrattuale:

Contratto Dal: \_\_\_\_\_ Al: \_\_\_\_\_

E-mail: <E-mail Tutor Soggetto Ospitante> - Telefono: <Telefono Tutor Soggetto Ospitante>

#### Competenze del tutor del Soggetto Ospitante

<Codice ADA Tutor SO> - <Descrizione ADA Tutor SO>

Responsabile del servizio di prevenzione e protezione: <Nome e Cognome del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione>

Orario di accesso ai locali del tirocinio: dalle <Orario di accesso ai locali del tirocinio> alle <Orario di uscita dai locali del tirocinio>.

È prevista la deroga al divieto di tirocinio durante le ore notturne? <Campo valorizzato con SI o NO>

Motivazioni: <Motivazioni, visibili solo se selezionato SI alla deroga corrispondente>

#### Indennità mensile

Indennità a carico del Soggetto Ospitante	Indennità a carico del Soggetto Promotore	Sussidi	Totale mensile
<[€] Indennità a carico del SO>	<[€] Indennità a carico del SP>	<[€] Sussidio>	<[€] Totale>

Periodo di tirocinio numero di mesi: 6

Ore settimanali: 30

Ore giornaliere previste: <ore giornaliere progetto>

Tutor Istruttore del Soggetto Promotore: <Nome Tutor Istruttore del Soggetto Promotore> <Cognome Tutor Istruttore del Soggetto Promotore>

Data inizio <data inizio tirocinio gg/mm/aaaa> Data fine <data fine tirocinio gg/mm/aaaa>

Polizze assicurative Responsabilità civile n. 107365118 – Compagnia assicuratrice GROUPAMA ASSICURAZIONI S.P.A.

#### Obblighi del Tirocinante

Il tirocinante si impegna a prendere visione e a rispettare integralmente le Linee Guida dei Tirocini approvate con DGR 45/7 del 14/11/2019, il regolamento ASPAL vigente e le modalità operative per i tirocini di inserimento/reinserimento nell'ambito dei quali l'ASPAL è soggetto promotore e in particolare è tenuto a:

- svolgere le attività previste dal progetto;
- rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro.



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SEGURANTZA SOTZIALE  
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

CUP D76G19000900009

Progetto APPROVATO in data <gg.mm.aaaa  
hh.mm della pubblicazione della  
determinazione di approvazione>  
Non spedire copia controfirmata

Validato dal Tirocinante <Nome Tirocinante><Cognome Tirocinante> in data <data di validazione gg.mm.aaaa><ora di validazione hh.mm> con transazione N <n. progressivo delle validazioni>

Validato/Presentato telematicamente per il Soggetto Ospitante da <Nome dell'operatore del Soggetto Ospitante che ha validato il progetto> <Cognome dell'operatore del Soggetto Ospitante che ha validato il progetto> in data <data di validazione gg.mm.aaaa><ora di validazione hh.mm> con transazione N <n. progressivo delle validazioni>

Amnesso dal Soggetto Promotore in data <data della pubblicazione della determinazione di ammissione gg.mm.aaaa><ora della pubblicazione della determinazione di ammissione hh.mm> con determinazione N <n. determinazione di ammissione>

Approvato dal Soggetto Promotore in data <data della pubblicazione della determinazione di approvazione gg.mm.aaaa><ora della pubblicazione della determinazione di approvazione hh.mm> con determinazione N <n. determinazione di approvazione>

Approvato per il Soggetto Promotore  
Agenzia Sarda per le Politiche Attive del  
Lavoro

