



REGIONE LAZIO

Unione europea  
Fondo sociale europeoREGIONE  
LAZIO2014-2020  
REGIONE LAZIO  
FONDO EUROPEO  
REGIONI

REGIONE LAZIO

## SCHEDA DATI AZIENDA

## DATI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Nome e Cognome			
Codice Fiscale			
Comune di nascita		Data di nascita	
Recapito telefonico		E-mail	

## DATI DELL'IMPRESA

Nome impresa		Ragione sociale	<input type="checkbox"/> ASSOCIAZIONE <input type="checkbox"/> FONDAZIONE <input type="checkbox"/> SRL <input type="checkbox"/> SPA <input type="checkbox"/> S.A.S <input type="checkbox"/> S.N.C <input type="checkbox"/> COOP. <input type="checkbox"/> DITTA INDIVIDUALE <input type="checkbox"/> STUDIO PROFESSIONALE
Codice ATECO		Azienda comunitaria priva di P. Iva e/o CF italiano	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Codice Fiscale		Partita Iva	
Comune sede legale		Indirizzo sede legale	CAP
Recapito telefonico		E-mail	
Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata) OBBLIGATORIO			
Numero lavoratori subordinati a TEMPO INDETERMINATO in forza al momento di attivazione del tirocinio (non includere gli apprendisti)			N°
Numero lavoratori subordinati a TEMPO DETERMINATO in forza al momento di attivazione del tirocinio (non includere gli apprendisti) N.B. Il lavoratore a tempo determinato va contato solo se la data di inizio del contratto a tempo determinato è anteriore alla data di avvio del tirocinio e la scadenza posteriore alla data di fine del tirocinio			N°
Ha già in corso altri tirocini	<input type="checkbox"/> Si quanti _____ <input type="checkbox"/> No		
Licenziamenti negli ultimi 12 mesi per il profilo professionale per cui si intende ospitare il tirocinante	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, per giusta causa	L'azienda ha in corso una procedura di CIG (Cassa Integrazione Guadagni)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, ordinaria <input type="checkbox"/> si, straordinaria <input type="checkbox"/> si, in deroga
Il tirocinante è legato da un rapporto di parentela/ affinità con il Rappresentante Legale del soggetto Ospitante?	<input type="checkbox"/> Si quale <input type="checkbox"/> No	L'azienda intende ospitare il tirocinante per sostituire personale in maternità, malattia, ferie, assunto con contratto a termine	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si quale
Il tirocinante ha già lavorato presso l'azienda negli ultimi 24 mesi?	<input type="checkbox"/> Si dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> No	L'azienda ha attivato voucher o ha avuto prestazioni occasionali con il tirocinante?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Pat Inail	L'azienda ha regolarità contributiva DURC REGOLARE		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (allegare DURC)

## DATI PER L'ATTIVAZIONE DEL TIROCINIO

NOME E COGNOME TIROCINANTE			
MANSIONE TIROCINANTE			
Durata del tirocinio	N. _____ mesi (Minimo 3 mesi prorogabili fino a massimo 6 mesi; 12 mesi SOLO per disabili o soggetti svantaggiati L. 381/1991)		
Indirizzo sede di lavoro (Via - n. civico, città, cap)			
Numero lavoratori subordinati a TEMPO INDETERMINATO in forza al momento di attivazione del tirocinio nella SEDE OPERATIVA (non includere gli apprendisti)			
Numero lavoratori subordinati a TEMPO DETERMINATO in forza al momento di attivazione del tirocinio nella SEDE OPERATIVA (non includere gli apprendisti) N.B. Il lavoratore a tempo determinato va contato solo se la data di inizio del contratto a tempo determinato è anteriore alla data di avvio del tirocinio e la scadenza posteriore alla data di fine del tirocinio			
Orario di apertura locali aziendali (Il tirocinante può fare un minimo di 98 e un max di 140 ore mensili)	Dalle: _____ Alle: _____	Impegno settimanale (giorni)	Dal: _____ Al: _____ Eventuale chiusura per ferie:

## DATI DEL TUTOR (Può coincidere con il Legale Rappresentante) ALLEGARE COPIA CURRICULUM VITAE TUTOR

Nome e Cognome			
Codice Fiscale		Ruolo aziendale	
Comune di nascita		Data di nascita	
Il tutor già segue altri tirocinanti?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Se si QUANTI?	

DATA	FIRMA LEGGIBILE
------	-----------------

## ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE CARTA DI IDENTITA' (fronte e retro) DEL LEGALE RAPPRESENTANTE E TUTOR AZIENDALE

L'azienda si impegna a corrispondere mensilmente €800,00 al tirocinante dando evidenza del pagamento come previsto dall'Avviso G10294 "Tirocini extracurricolari nel Lazio - Nuova Garanzia Giovani" del 09/08/2018

Luogo e data \_\_\_\_\_ FIRMA LEGGIBILE \_\_\_\_\_  
Via Ferruccio 16/A - 03010 Patrica (Fr)  
Tel. 0775.830116 - Fax 0775.839345  
C.F.P. Iva 02240470605 SIDI USUXCR1il sottoscritto autorizza la compilazione on-line sul sito <http://www.regione.lazio.it/sil/tirocinanti> e il rilascio dell'Attestazione dei risultati di apprendimento del tirocinante fatto salvo quanto di competenza del soggetto ospitante. La presentazione autorizzazione è valida sino al termine previsto del servizio reso.Luogo e data \_\_\_\_\_ FIRMA LEGGIBILE \_\_\_\_\_  
Via Ferruccio 16/A - 03010 Patrica (Fr)  
Tel. 0775.830116 - Fax 0775.839345  
C.F.P. Iva 02240470605 SIDI USUXCR1  
CCIAA N. 138995 del 03.05.2002

PRIVACY DGPR 2016/679

Ai sensi del DGPR 2016/679 il legale rappresentante sopra identificato dichiara di aver preso visione e di essere stato edotto circa la legge europea sulla privacy ed acconsente al trattamento dei dati (accettazione obbligatoria)

 rifiuto  Luogo e data \_\_\_\_\_ FIRMA LEGGIBILE \_\_\_\_\_  
Via Ferruccio 16/A - 03010 Patrica (Fr)  
Tel. 0775.830116 - Fax 0775.839345  
C.F.P. Iva 02240470605 SIDI USUXCR1  
CCIAA N. 138995 del 03.05.2002Luogo e data \_\_\_\_\_ FIRMA LEGGIBILE \_\_\_\_\_  
Via Ferruccio 16/A - 03010 Patrica (Fr)  
Tel. 0775.830116 - Fax 0775.839345  
C.F.P. Iva 02240470605 SIDI USUXCR1  
CCIAA N. 138995 del 03.05.2002

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE REQUISITI AZIENDA

(art. 46 e 47 del D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante della  
Società/ditta individuale \_\_\_\_\_ con sede legale sita a \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_, e sede operativa a \_\_\_\_\_ in  
\_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali e civili previste a carico di chi rilascia dichiarazioni mendaci, dichiara, ai sensi degli  
articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, in relazione alla predetta società/ditta individuale

### DICHIARA

- ✓ di avere natura privata;
- ✓ di non aver effettuato nei 12 mesi precedenti l'attivazione del tirocinio (fatti salvi i licenziamenti per giusta causa e per giustificato motivo soggettivo e fatti salvi specifici accordi sindacali) licenziamenti nella medesima unità operativa per i seguenti motivi:
  - licenziamento per giustificato motivo oggettivo;
  - licenziamenti collettivi;
  - licenziamento per superamento del periodo di comparto;
  - licenziamento per mancato superamento del periodo di prova;
  - licenziamento per fine appalto;
  - risoluzione del rapporto di apprendistato per volontà del datore di lavoro, al termine del periodo formativo;
- ✓ di non avere in corso procedure di Cassa integrazione guadagni, ordinaria, straordinaria o in deroga, per attività equivalenti a quelle del tirocinio nella medesima sede operativa;
- ✓ che non ha in pendenza procedure concorsuali, salvo accordi sindacali;
- ✓ che il tirocinante non è mai stato ospitato negli anni precedenti in qualità di tirocinante;
- ✓ che nei 24 mesi precedenti l'attivazione del tirocinio, non ha intrattenuto con il destinatario del tirocinio un rapporto di lavoro, una collaborazione o un incarico (prestazioni di servizi);
- ✓ non ha avuto dal tirocinante prestazioni di lavoro accessorio (artt. 48-50, d.lgs. n. 81/2015) per più di 30 giorni, anche non consecutivi, nei 6 mesi precedenti;
- ✓ che non ha beneficiato, nei 180 giorni precedenti l'attivazione del tirocinio di prestazioni di cui all'art. 54-bis del d.l. n. 50/2017 (convertito con modificazioni dalla l. n. 96 del 21 giugno 2017) rese dal medesimo tirocinante per più di 140 ore
- ✓ di non utilizzare il tirocinante per
  - sostituire personale nei periodi di malattia, maternità o ferie, o personale assunto con contratto a termine;
  - ricoprire ruoli o posizioni proprie dell'organizzazione
  - sostituire i lavoratori subordinati nei periodi di picco dell'attività
- ✓ che non ospiterà, in qualità di i tirocinanti, lavoratori licenziati o dimessi dallo stesso nei dodici mesi precedenti l'attivazione del tirocinio;
- ✓ di non utilizzare il tirocinio in favore di professionisti abilitati o qualificati all'esercizio di professioni regolamentate per attività tipiche ovvero riservate alla professione;
- ✓ di non utilizzare il tirocinante in orario notturno;
- ✓ di essere in regola con i versamenti contributivi (DURC):
- ✓ di essere in regola con le prescrizioni previste dalla normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (D.Lgs 81/2008 e smi);
- ✓ di essere in regola con la normativa in materia di collocamento obbligatorio (Legge n. 68/1999 e smi)
- ✓ Di aver ospitato negli anni precedenti n° \_\_\_ tirocinanti, di aver proceduto all'assunzione di n° \_\_\_ di questi e di ospitare attualmente n° \_\_\_ tirocinanti nell'unità operativa sede del tirocinio.
- ✓ Di impegnarsi a trasmettere al Soggetto Promotore la comunicazione obbligatoria ai sensi dell'art.10, co.1 dell'All. A della DGR 533/2017.
- ✓ di rispettare ogni altro principio o disposizione prevista dalla DGR 533/2017 e della normativa vigente in materia.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

**R.E.M. S.r.l.**  
Via Ferrucina 18/A - 03010 Patrica (Fr)  
Tel. 0775-330116 - Fax 0775-333345  
C.F.P. Ita 02904709205 SDI 161612CR1  
CCIAA N. 23895 del 03.05.2012

(Timbro e firma del Legale Rappresentante)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AZIENDA – COVID 19

(art. 46 e 47 del D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante della  
Società/ditta individuale \_\_\_\_\_ con sede legale sita a \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_, e sede operativa a  
\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ Codice  
fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali e civili previste a carico di chi rilascia dichiarazioni mendaci, dichiara, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, in relazione alla predetta società/ditta individuale

tenuto conto di quanto disposto

- nella Nota della Regione Lazio prot. n 0450614 del 22/05/2020: *“Avvio e riavvio dei tirocini nella Regione Lazio da svolgersi in presenza presso le sedi operative dei soggetti ospitanti a seguito del progressivo allentamento delle restrizioni nazionali e regionali sinora disposte per il contenimento dell'emergenza COVID-19”*
- Nella Determinazione della Regione Lazio G13145 del 09/11/2020: *“Disposizioni per la prosecuzione, l'avvio e la conclusione delle attività - finanziate e/o autofinanziate - di formazione, orientamento, selezione, accompagnamento al lavoro, stage/tirocini curriculari ed extracurriculari ed esami.”*

### DICHIARA

- 1- che l'attività esercitata dal Soggetto Ospitante in oggetto rientra tra settori produttivi e commerciali per i quali i provvedimenti nazionali e regionali hanno disposto la prosecuzione delle attività economiche a fronte dell'emergenza epidemiologica correlata al Coronavirus COVID-19;
- 2- che non vi sono le condizioni per svolgere e gestire il tirocinio in modalità “a distanza” ovvero che le attività formative di tirocinio non possono essere svolte e gestite a distanza con tecnologie idonee per la FAD, l'e-learning e lo smart training;
- 3- di garantire al tirocinante i medesimi dispositivi di sicurezza sanitaria (personale e organizzativa) previsti per i propri dipendenti, nonché il rispetto delle regole, dettate dai provvedimenti nazionali e regionali, in tema di accesso e distanziamento sociale presso le sedi di formazione e lavoro;
- 4- che il tirocinante non sostituirà un dipendente e nelle proprie attività formative vi sarà la supervisione costante del tutor del soggetto ospitante;
- 5- che l'impresa ospitante NON fa ricorso agli ammortizzatori sociali (come ad esempio FIS, CIGS, CIGO o CIG in deroga) per fronteggiare l'emergenza da Covid-19 per i suoi dipendenti aventi profili professionali equivalenti ai profili formativi di tirocinio e con le medesime mansioni del tirocinante ;
- 6- che il Soggetto Ospitante rispetta tutti gli obblighi previsti dalla legge al fine di garantire la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro dei tirocinanti;
- 7- che l'avvio delle attività formative avverrà in presenza di condizioni che assicurino al tirocinante adeguati livelli di protezione e nel rispetto di tutti gli obblighi previsti dalla normativa vigente in tema di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (dotazione di idonei DPI, informazione e formazione ecc)
- 8- di ottemperare, presso la propria azienda, agli obblighi previsti dalla normativa vigente in tema di salute e sicurezza dei lavoratori e a quanto disposto dalla DGR della Regione Lazio G13145 del 09/11/2020 attuando tutte le indicazioni contenute nel “Protocollo di regolamentazione delle Misure prevenzione COVID-19” forniteci dall'Ente Promotore

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

**R.E.M. S.r.l.**  
Via Ferruccio 15/A - 03010 Patrica (Fr)  
Tel. 0775.830116 - Fax 0775.839345  
C.F.P. Ia 02200470609 SDI MLUXCR1  
CCIAA N. 738995 del 03.05.2002

TIMBRO E FIRMA  
RAPPRESENTANTE LEGALE DEL SOGGETTO OSPITANTE



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CV TUTOR AZIENDALE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CF: \_\_\_\_\_, sotto la mia personale responsabilità e a conoscenza delle  
sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti  
ed uso di atti falsi,

### DICHIARO

di ricoprire il ruolo di \_\_\_\_\_ dell'Impresa  
" \_\_\_\_\_ " con sede legale nel Comune di  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ P.IVA: \_\_\_\_\_ - ricoprendo  
mansioni e responsabilità tipiche del ruolo.

In fede,

Data, \_\_\_\_\_

  
**REM S.r.l.**  
Via Formosa 18/A - 03010 Patrica (Fr)  
Tel. 0775-830116 - Fax 0775-839345  
C.F.P. Ina 02200470605 SBI MSUXCR1  
CCIAA N. 738995 del 03.05.2002

\* AVUTA COPIA DELL'INFORMATIVA SULLA PRIVACY ED AVENDO COMPRESO LA STESSA AUTORIZZO  
ALTRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL GDPR 2016/679

Firma

\_\_\_\_\_



# SCHEDA TIROCINANTE

<b>Status</b>	- Stai frequentando la scuola / università <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - Stai frequentando un corso di formazione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - Stai lavorando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p align="center"><b>Privacy</b></p> <p>Dichiaro che l'indirizzo e-mail indicato può essere utilizzato come domicilio digitale cui poter mandare tutte le informazioni di servizio collegate alla Garanzia Giovani</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Accetto <input type="checkbox"/> Rifiuto</p> <p>Luogo e data</p> <p>.....</p> <p>Firma...X.....</p> <p>Acconsento che la pratica sia curata dall'Ente Promotore ,al fine di effettuare la registrazione sul portale istituzionale di Garanzia Giovani</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Luogo e data</p> <p>.....</p> <p>Firma.....X.....</p> <p><b>Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del DGPR 2016/679.</b></p> <p>Con la presente dichiaro di avere preso visione e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali. In particolare il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali; il conferimento dei dati è obbligatorio e un eventuale rifiuto comporta l'impossibilità di partecipare alle suddette attività. Potrò in ogni momento ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco, revisione, rettifica, aggiornamento; potrò, inoltre, opporsi al trattamento per motivi legittimi. (accettazione obbligatoria)</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Accetto <input type="checkbox"/> Rifiuto</p> <p>Luogo e data</p> <p>.....</p> <p>Firma...X.....</p>
<b>Nome</b>		
<b>Cognome</b>		
<b>Codice Fiscale</b>		
<b>N° Telefono</b>		
<b>E-mail</b>		
<b>Cittadinanza</b>		
<b>Sesso</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <b>Data di nascita</b> / /	
<b>Comune di nascita</b>	<b>Provincia di nascita</b>	
<b>Regione di domicilio</b>	<b>Provincia di domicilio</b>	
<b>Comune di domicilio</b>	<b>C.A.P.</b>	
<b>Indirizzo di domicilio</b>		
<b>Residenza (se diversa dal domicilio)</b>		
<b>Titolo di studio</b>		
<b>CPI di riferimento</b>		
<b>Inoccupato/Disoccupato</b>		
<b>Esperienze lavorative precedenti</b>		
<b>Hai già svolto precedentemente un Tirocinio nel Programma Garanzia Giovani?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>Hai avuto rapporti di lavoro (anche occasionale/ collaborazione) negli ultimi due anni con l'azienda ospitante?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>Diversamente abile – svantaggiato ai sensi della Legge 381/91</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <b>Se SI, allegare documenti a supporto</b>	
<b>Hai partecipato al progetto "Tirocini extracurricolari per persone con disabilità"?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
<b>Hai richiesto o percepisci il sussidio di disoccupazione NASPI?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <b>Se si allegare comunicazione INPS</b>	
<b>ISCRIZIONE A GARANZIA GIOVANI</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <b>Username password</b>	
<b>Sei iscritto a qualche Albo professionale/Albo praticanti?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <b>Se SI, quale?</b>	
<b>Allegati</b>	<input type="checkbox"/> Documento di riconoscimento <input type="checkbox"/> certificato di invalidità <input type="checkbox"/> DID ANPAL convalidata <input type="checkbox"/> Certificato percorso storico (C2) rilasciato da Centro per l'Impiego <input type="checkbox"/> Curriculum vitae	
<b>DATA</b>	<b>FIRMA LEGGIBILE</b> _____	
<p>Il sottoscritto dichiara di non aver ricevuto da nessuno degli attori coinvolti richieste economiche, ovvero di non aver corrisposto compensi, per l'attivazione dei servizi previsti <b>Avviso G10294 Tirocini extracurricolari nel Lazio – Nuova Garanzia Giovani" del 09/08/2018</b></p> <p align="right"><b>FIRMA LEGGIBILE</b> _____</p>		

**Compilare tutti i campi scrivendo in stampatello leggibile e allegare copia dei documenti richiesti**

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE REQUISITI TIROCINANTE

(art. 46 e 47 del D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, c.f. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

### DICHIARA

- di essere disoccupato/a ai sensi del decreto legislativo 150/2015 e par.1 e 3 della circolare MLPS 34/2015;
- di non avere rapporti di lavoro attivi al di fuori del territorio della Regione Lazio;
- di non svolgere un altro tirocinio extracurricolare;
- di non aver svolto precedentemente un Tirocinio Extracurricolare nell'ambito del Programma Garanzia Giovani;
- Di essere/non essere percettore di forme di sostegno al reddito (forma di sostegno: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ) ed in particolare di percepire quale sostegno al reddito, durante il periodo di svolgimento del tirocinio (dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_), un importo complessivo pari a Euro \_\_\_\_\_.
- Di non essere titolare di partita IVA, di essere disoccupato/a ai sensi del D.Lgs. n°150/2015, ossia privo/a di lavoro (subordinato, autonomo, contratto collab.ne, tirocinio etc.) dal \_\_\_\_\_ a tutt'oggi ed immediatamente disponibile allo svolgimento di un'attività lavorativa;
- di essere al di fuori di ogni ciclo di istruzione ai sensi dell'art.16 del Regolamento (UE) 1304/2013 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013, ossia di non essere iscritto/a e di non frequentare un regolare corso di studi (secondari, terziari non universitari e universitari);
- di essere al di fuori di ogni ciclo di formazione ai sensi dell'art.16 del Regolamento (UE) 1304/2013 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013, ossia:
  - di non essere iscritto/a a corsi di formazione professionale (anche finanziati privatamente) o di formazione, compresi i corsi di aggiornamento professionale per l'esercizio della professione/mantenimento iscrizione all'albo;
  - di non svolgere un tirocinio curricolare;
  - di non svolgere un tirocinio/praticantato per l'esercizio di una professione;
- Di non aver avuto un rapporto di lavoro, una collaborazione o un incarico con la ditta \_\_\_\_\_ nei ventiquattro mesi precedenti l'attivazione del tirocinio in questione.
- di comunicare qualsiasi successiva variazione in merito a quanto auto dichiarato relativamente allo Stato occupazionale e di istruzione/formazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**ESPERIENZE LAVORATIVE**  
**(art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_) Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

consapevole di incorrere in sanzioni penali in caso di dichiarazioni false (art.76 D.P.R. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.") e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

DI ESSERE ISCRITTO/A AL CENTRO PER L'IMPIEGO DI \_\_\_\_\_ DAL  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DI AVER RILASCIATO LA DICHIARAZIONE DI IMMEDIATA DISPONIBILITA' (DID ON LINE)

DI NON AVERE ALCUNA ESPERIENZA LAVORATIVA PRECEDENTE

oppure

DI AVER AVUTO LE SEGUENTI ESPERIENZE LAVORATIVE:

DATA INIZIO	DATA FINE	TIPOLOGIA CONTRATTUALE	QUALIFICA PROFESSIONALE	AZIENDA (DENOMINAZIONE + PARTITA IVA)

DI NON AVER MAI AVUTO PRECEDENTEMENTE ESPERIENZE LAVORATIVE EQUIVALENTI ALLE ATTIVITA' DEL TIROCINIO EXTRACURRICOLARE CHE SI INTENDE ATTIVARE PRESSO \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA