

Modello A

Avviso pubblico non competitivo “Campania Welfare”, approvato dalla Regione Campania con D.D. n. 1007 del 24/10/2024 e rettificato dal successivo D.D. n. 1032 del 30.10.2024
PR CAMPANIA FSE+ 2021-2027 Priorità 3 Inclusione sociale Obiettivo Specifico ESO 4.8 Azione 3.h.2
Codice progetto 1057 Codice monitoraggio 27237 24036AP000000045 CUP I39G25000100002
Atto di ammissione a finanziamento DD 1022 DEL 16/06/2025
Progetto: “Tutti insieme”

AZIONE C– “Tirocini di inclusione sociale”

AVVISO PUBBLICO

PER L’INDIVIDUAZIONE DI SOGGETTI OSPITANTI DISPONIBILI AD ATTIVARE “TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE”: INTERVENTI DI PRESA IN CARICO MULTIPROFESSIONALE, FINALIZZATI ALL’INCLUSIONE LAVORATIVA” - FINANZIATO A VALERE SULLE AZIONI 3.h.2 CAMPANIA WELFARE – PR CAMPANIA FSE+ 2021-2027, Obiettivo Specifico ESO 4.8

All’Ambito Territoriale C06
Comune di Aversa capofila

OGGETTO: ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERSSE PER LA SELEZIONE DI SOGGETTI OSPITANTI DISPONIBILI AD ATTIVARE TIROCINI FORMATIVI E DI ORIENTAMENTO FINALIZZATI ALL’INCLUSIONE SOCIALE

Cognome e Nome Legale rappresentante	
Nato a	
Il (data di nascita)	
Codice Fiscale	
Denominazione Ente / Azienda	

AI FINI DELL’ADESIONE ALL’AVVISO PUBBLICO PER L’INDIVIDUAZIONE DI SOGGETTI OSPITANTI DISPONIBILI AD ATTIVARE “TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE”: INTERVENTI DI PRESA IN CARICO MULTIPROFESSIONALE, FINALIZZATI ALL’INCLUSIONE LAVORATIVA” - FINANZIATO A VALERE SULLE AZIONI 3.h.2 CAMPANIA WELFARE – PR CAMPANIA FSE+ 2021-2027, Obiettivo Specifico ESO 4.8

In qualità di legale rappresentante

DICHIARA

di essere iscritto alla Camera di Commercio di _____ al n. _____
di essere in possesso di Partita Iva n. _____;
di avere la propria sede operativa nel Comune di: _____
alla via _____;
di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e assicurativi (DURC);
di essere in regola con gli adempimenti previsti dal D. Lgs. 626/94 e successive modificazioni in merito al piano di sicurezza e di coordinamento;

di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili;
di avere nel proprio organico n. _____ lavoratori assunti a tempo indeterminato;
di non aver fatto ricorso alla CIG, a procedure di mobilità o di licenziamento collettivo o per giustificato motivo oggettivo, negli ultimi 12 mesi per la medesima tipologia di attività;
di rendersi disponibile ad ospitare presso la propria sede operativa soggetti deboli sul mercato del lavoro, appositamente selezionati dall'Ambito C06 per tirocini formativi e di orientamento.

2. SEZIONE INFORMATIVA PER L'ATTIVAZIONE DEI TIROCINI

Compilare le seguenti sezioni per consentire l'abbinamento con i potenziali tirocinanti.

1. DATI SEDE LEGALE

Ragione sociale	
Forma giuridica	
Indirizzo (via, città, provincia, CAP)	
Partita IVA	
Iscrizione CCIAA n.	
Codice/i ATECO	
e-mail	
PEC	
Telefono	

2. DATI SEDE OPERATIVA (se diversa dalla sede legale – luogo dove sarà inserito il tirocinante)

Indirizzo (via, città, provincia, CAP)	
e-mail	
Telefono	

3. PROFILO PROFESSIONALE RICHIESTO

Tipologia di destinatario (barrare): ☐ Soggetto svantaggiato ☐ Persona con disabilità ☐ Entrambe le categorie

Tipologia di profilo professionale richiesto	Principali mansioni da svolgere

Numero di tirocinanti disponibili ad ospitare*: _____

Periodo ipotetico di inserimento: dal _____ al _____

4. ORARIO DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO (ipotetico – max 25 ore settimanali)

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

Giorno	Dalle ore	Alle ore	Dalle ore	Alle ore	Totale ore
Lunedì					
Martedì					
Mercoledì					
Giovedì					
Venerdì					
Sabato					
TOTALE SETTIMANALE					

5. DATI DEL TUTOR AZIENDALE

Il tutor aziendale deve essere un dipendente dell'organizzazione in possesso di competenze professionali adeguate e coerenti con il profilo professionale richiesto, ai sensi del Regolamento Regionale n. 9/2010 e ss.mm.ii.

Nome e Cognome	
Codice Fiscale	
Profilo / Qualifica aziendale	
Tipo di contratto	
Telefono / e-mail	

Alla presente istanza si allega:

- Copia fotostatica del documento di identità del rappresentante legale firmatario in corso di validità

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e GDPR n. 679/2016 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali" acconsento al trattamento dei miei dati personali nei termini e con le modalità indicate dall'avviso pubblico.

_____, li _____

(Timbro e firma del legale rappresentante)

*Il Regolamento Regionale dispone che il numero massimo di tirocini contemporaneamente attivabili sia correlato al numero di lavoratori in forza presso il soggetto ospitante con rapporti di lavoro dipendenti a tempo indeterminato, a tempo determinato anche in somministrazione (purché la data di inizio del contratto a tempo determinato sia anteriore alla data di avvio del tirocinio e la scadenza posteriore alla data di fine del tirocinio). In considerazione di ciò è possibile accogliere non più di: a) n. 1 tirocinante per le unità operative in assenza di dipendenti, o con non più di 5 dipendenti b) n. 2 tirocinanti per le unità con numero di dipendenti compreso tra 6 e 10 c) n. 3 tirocinanti per le unità con numero di dipendenti compreso tra 11 e 15 d) n. 4 tirocinanti per le unità con numero di dipendenti compreso tra 16 e 20 e) 20 per cento del numero complessivo di dipendenti per le unità con più di 20 dipendenti