# LOGO DSUALLEGATO N.1

# RICHIESTA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA DI ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO REGIONALE SU FONDI FSE A COPERTURA PARZIALE O TOTALE DELL'IMPORTO FORFETTARIO CORRISPOSTO AL/LA TIROCINANTE A TITOLO DI RIMBORSO SPESE

# Avviso pubblico finanziamento tirocini curriculari retribuiti

(da compilare a cura del Legale Rappresentante del Soggetto Ospitante)

***Marca da bollo EURO 16,00***

# All’Azienda Regionale DSU Toscana

V.le Gramsci, 36 50132 Firenze

[dsutoscana@postacert.toscana.it](mailto:dsutoscana@postacert.toscana.it)

Normativa per esenzione marca Bollo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_ /\_\_\_ \_\_/\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante del Soggetto Ospitante denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov. \_\_) in (Via/Piazza..) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_

CAP , Settore Economico \_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# CHIEDE

di essere ammesso/a al contributo regionale su fondi FSE, a copertura dell'importo forfettario corrisposto a titolo di rimborso spese al/la Tirocinante per un contributo mensile pari a:

□ 300,00 euro mensili, per n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ mesi complessivi di durata del tirocinio

□ 500,00 euro mensili, (riservato ai Soggetti disabili di cui alla L. n. 68/1999 o ai soggetti svantaggiati ai sensi dell’Art. 17 ter, comma 8 della L.R. n. 3/2012), per n. \_\_\_\_\_\_\_ mesi complessivi di durata tirocinio

per un importo complessivo lordo del contributo richiesto pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informazioni relative al/la tirocinante**:

Nome e Cognome ,

Data e luogo di nascita ,

Residenza/domicilio in (via, CAP, città, provincia):

,

Codice Fiscale: ,

iscritto/a presso il seguente soggetto firmatario dell’Accordo di collaborazione con la Regione Toscana:

Università degli Studi di Firenze

Università di Pisa

Università degli Studi di Siena

Scuola Normale Superiore

Università per Stranieri di Siena

Scuola Superiore di Studi Universitari e di Perfezionamento Sant’Anna Università per Stranieri di Siena

IMT Alti Studi Lucca

ISIA di Firenze

al seguente corso per l’a.a. 2018/2019:

ultimo anno della Laurea triennale

primo o secondo anno della Laurea magistrale

Master di I livello

Ultimi tre anni della Laurea a ciclo unico

3° ciclo di formazione universitaria

Master di II livello

Di corrispondere mensilmente al tirocinante € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (minimo € 500,00)

per lo svolgimento di un tirocinio curriculare della durata complessiva:

**n. ore**[[1]](#footnote-2) \_\_\_\_\_\_, corrispondente a **n. CFU** (se previsti)\_\_\_\_\_\_\_, per un totale di **n. mesii**[[2]](#footnote-3) \_\_\_\_\_,

nel periodo dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_al\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/, con sospensioni programmate (compilare solo se previste) per il/i periodo/i dal\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ al\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall’art. 76 del DPR n.445/2000,**

# DICHIARA

1. di assicurare il/la Tirocinante contro gli infortuni sul lavoro e per la responsabilità civile verso i terzi, qualora a tale obbligo non provveda l’Ateneo di appartenenza;
2. di essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
3. di essere in regola con la normativa di cui alla legge n. 68/1999;
4. di essere in regola con le norme in materia previdenziale e contributiva;
5. di non aver già usufruito, per lo stesso progetto formativo e per lo/a stesso/a Tirocinante, del contributo erogato afferente al Fondo Sociale Europeo per l’attività di tirocini curriculari retribuiti;
6. di rispettare i limiti relativi al numero di Tirocinanti contemporaneamente presenti rispetto al numero di dipendenti, così come previsto dal D.M. del 25 marzo 1998, n. 142 e della circolare del 15 luglio 1998, n. 92 “Tirocini formativi e di orientamento D.M. 142/1998”;
7. che il soggetto ospitante alla data attuale ha n. \_\_\_\_\_\_\_ dipendenti a tempo indeterminato.

Luogo e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

**INFINE**

Il/La sottoscritto/a Legale Rappresentante del Soggetto Ospitante denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attesta di aver attivato il tirocinio curriculare di cui alla presente richiesta di contributo, in presenza e nel rispetto delle seguenti condizioni:

1. il/la Tirocinante non ha in corso, né ha avuto un rapporto di lavoro subordinato o parasubordinato con il Soggetto Ospitante;
2. il/la Tirocinante non ha rapporti di parentela o affinità sino al 3^ grado con persone facenti parte dell’organo di governo del Soggetto Ospitante o che detengano quote di capitale sociale tali da esercitare un’influenza dominante sul Soggetto Ospitante;
3. il Soggetto Ospitante non ha effettuato licenziamenti per attività equivalenti a quelle del tirocinio nei ventiquattro mesi precedenti l’attivazione del tirocinio stesso, fatti salvi quelli per giusta causa e per giustificato motivo soggettivo e fatti salvi specifici accordi sindacali con le Organizzazioni Provinciali più rappresentative;
4. il Soggetto Ospitante non ha procedure di cassa integrazione guadagni straordinaria o in deroga perattività equivalenti a quelle del tirocinio;

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

Firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alla presente domanda il/la sottoscritto/a allega la seguente documentazione:**

1. Convenzione con il Soggetto Promotore;
2. Progetto formativo validato dal Tutor del Soggetto Promotore e da quello del Soggetto Ospitante;
3. Dichiarazione del Tirocinante – Modulo Allegato 2 dell’Avviso;
4. Copia di un documento d’identità, in corso di validità, del/la Tirocinante;
5. Copia di un documento d’identità, in corso di validità, del Legale Rappresentante del Soggetto Ospitante.

1. Minimo 300 ore o corrispondente a 12 CFU - Art. 5 dell’Avviso [↑](#footnote-ref-2)
2. Per un massimo di 6 mesi - Art. 7 dell’Avviso [↑](#footnote-ref-3)