

**MODULO RICHIESTA DELL'AZIENDA  
PER ATTIVAZIONE "TIROCINIO NON CURRICULARE" A FIRENZE E PROVINCIA**

da inviare per e-mail a [tirocini.firenze@regione.toscana.it](mailto:tirocini.firenze@regione.toscana.it) o al fax 055 2760119

**Al Centro per l'impiego Firenze Parterre, Servizio tirocini**

L'**Azienda** (ragione sociale) \_\_\_\_\_  
con sede legale in (città e indirizzo) \_\_\_\_\_  
rappresentante legale (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_  
codice fiscale/partita Iva \_\_\_\_\_  
area produttiva \_\_\_\_\_  
CCNL applicato per i dipendenti \_\_\_\_\_  
numero dipendenti a tempo indeterminato nella sede del tirocinio \_\_\_\_\_  
numero tirocini contemporaneamente in essere nella sede del tirocinio \_\_\_\_\_

**chiede di attivare un tirocinio non curriculare con**

il/la **tirocinante** (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a (città e indirizzo) \_\_\_\_\_  
domiciliato/a a (città e indirizzo) \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
in possesso della "Dichiarazione dello stato di disoccupazione" rilasciata dal CPI di \_\_\_\_\_  
Provincia di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
perceptore di indennità di disoccupazione  mobilità  mobilità in deroga   
in Cassa Integrazione Guadagni in deroga  straordinaria

**Sede del tirocinio** (città e indirizzo) \_\_\_\_\_  
stabilimento/reparto/ufficio \_\_\_\_\_  
durata del tirocinio n. \_\_\_\_\_ mesi nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
orario settimanale previsto dal CCNL per i dipendenti \_\_\_\_\_  
orario settimanale del tirocinante (inferiore a quello previsto dal CCNL) \_\_\_\_\_

**Modalità di applicazione**

L'azienda ospitante dichiara di:

- essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro
- essere in regola con la normativa di cui alla Legge 68/99
- non avere effettuato licenziamenti per attività equivalenti a quelle del tirocinio nei 24 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
- non avere in corso procedure di CIG ordinaria a zero ore né procedure di CIG straordinaria o in deroga né contratti di solidarietà difensivi per mansioni equivalenti a quelle del tirocinio.

**L'Azienda si fa carico delle spese assicurative del tirocinio (INAIL e RCT).**  
**L'Azienda eroga un rimborso spese forfettario di almeno Euro 500,00 mensili lorde.**

**Tutor aziendale** (indicare il nominativo di un dipendente a tempo indeterminato)

Sig (nome cognome) \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_ orario (full time/part time ore settimanali) \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Progetto formativo del tirocinio**

Descrivere dettagliatamente il progetto formativo che coinvolge il candidato durante il tirocinio indicando in particolare gli obiettivi formativi da raggiungere e le competenze da acquisire (come di seguito):

**OBIETTIVI E MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**COMPETENZE DA ACQUISIRE**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Prendendo atto che il tirocinio potrà iniziare soltanto dopo la stipula della convenzione, l'Azienda rimane in attesa di un riscontro in merito alla presente richiesta.**

**Allegato:** Curriculum Vitae del tirocinante

**Data** \_\_\_\_\_

**FIRMA RAPPRESENTANTE LEGALE**

\_\_\_\_\_