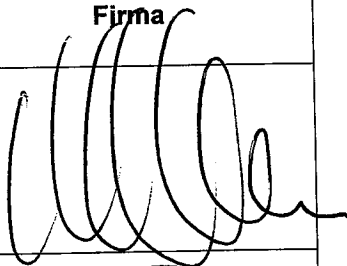
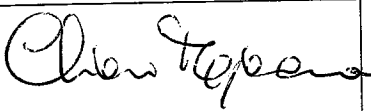


	Azienda Sanitaria Provinciale Palermo	CODICE: PO.PAC.03.rev. 1
Procedura operativa per gli interventi riabilitativi di formazione e inserimento lavorativo		Pagina 1 di 11

PROCEDURA OPERATIVA PER GLI INTERVENTI RIABILITATIVI DI FORMAZIONE E INSERIMENTO LAVORATIVO

VALIDAZIONE

STRUTTURA	Nome Cognome	Data	Firma
Dipartimento Salute Mentale Dipendenze patologiche e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	Dott. Maurizio Montalbano	26/5/2026	
Direttore U.O.C. Sviluppo e Gestione dei progetti sanitari	Ing. Salvatore Falletta	26/05/2026	
Referente Unico Aziendale per i progetti di P.S.N.	Dott. Carlo Gambino	26/05/2026	
Responsabile scientifico di progetto	Dott.ssa Chiara Majorana	26/5/2026	

ADOZIONE

Macrostruttura	Numero Delibera/Determina	Data
ASP PALERMO		

 ASP PALERMO AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	Azienda Sanitaria Provinciale Palermo	CODICE: PO.PAC.03.rev. 1
<i>Procedura operativa per gli interventi riabilitativi di formazione e inserimento lavorativo</i>		Pagina 2 di 11

SOMMARIO

1. OGGETTO	3
2. SCOPO	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4. DEFINIZIONI	4
5. ABBREVIAZIONI E LISTA DI DISTRIBUZIONE	5
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	6
6.1 Attivazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato	6
6.2 Identificazione Ente Accogliente e stipula della convenzione	7
6.3. Attivazione assicurativa e comunicazioni obbligatorie.....	8
6.4 Gestione Amministrativa e contabile del Tirocinio	9
6.5 Pagamenti indennità di tirocinio	9
6.6 Rendicontazione e controllo.....	9
7. MATRICI	10
Matrice delle responsabilità	10
Matrice dei controlli	10
Check list di controllo	11
8. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI.....	11
9. CONSERVAZIONE E ARCHIVIAZIONE	11
10. ALLEGATI	11

	Azienda Sanitaria Provinciale Palermo	CODICE: PO.PAC.03.rev. 1
Procedura operativa per gli interventi riabilitativi di formazione e inserimento lavorativo		Pagina 3 di 11

1. OGGETTO

La presente procedura operativa disciplina l'insieme delle attività amministrative, contabili e gestionali che devono essere effettuate dagli operatori dell'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Palermo ai fini della attivazione, gestione e rendicontazione di tirocini di inclusione sociale, tirocini ex L.68/99 (integrazione lavorativa e collocamento mirato), e delle borse lavoro da svolgersi in tutti i servizi del Dipartimento Salute Mentale (DSM). Essa si inserisce nel sistema di procedure amministrativo-contabili P.A.C. dell'Azienda e rinvia, per quanto qui non espressamente disciplinato, alla Procedura Generale Area F "Crediti e ricavi", azione F.1.

La procedura, in particolare, ha come oggetto la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro mediante servizi di sostegno e di collocamento mirato di cui all'art. 1 della L. 12.3.1999 n. 68 e standardizza modelli d'azione già sperimentati e validati da positivi riscontri ottenuti nelle fasi applicative.

La letteratura psichiatrica, supportata da studi scientifici, dimostra che l'intervento psichiatrico può avere effetti positivi sui pazienti e le loro famiglie, se accompagnato da riabilitazione efficace che coinvolge attivamente la persona nella scelta delle strategie per la recovery. Le malattie psichiatriche, spesso isolano socialmente i pazienti e riducono le loro capacità relazionali e lavorative, creando un circolo vizioso. Per contrastare questo, è necessario un percorso che favorisca la riacquisizione di ruoli riconosciuti dalla comunità, in contesti reali e adeguati a livello sociale, formativo e lavorativo.

Le evidenze cliniche, infatti, mostrano che le persone con problemi psichiatrici cercano risultati concreti, come una residenza dignitosa, un lavoro ben remunerato, un titolo di studio adeguato e relazioni sociali gratificanti. Per raggiungere e mantenere questi obiettivi, è cruciale un supporto adeguato che focalizzi l'approccio riabilitativo su inserimento lavorativo, abitativo e recupero degli studi, consolidando ruoli significativi nei contesti scelti.

Potenziare i programmi di inclusione sociale e lavorativa, nei Dipartimenti di Salute Mentale, implica sviluppare percorsi personalizzati in base ai bisogni dei pazienti e monitorare le nuove esigenze della popolazione. Inoltre, con l'aumento globale e nazionale dell'uso di sostanze stupefacenti, è cruciale che i servizi pubblici e privati, come i SerD, adottino approcci tempestivi e mirati per affrontare le emergenze.

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato nel 2013, propone una riorganizzazione dei servizi con una metodologia basata su progetti specifici e personalizzati, rispondendo ai bisogni individuali.

Da esperienze già condotte dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria di Palermo, con risultati validati, nell'ambito dei progetti riabilitativi che tengono conto della persona mettendola in condizioni di potere partecipare al processo di scelta del proprio percorso di recovery (in particolare i progetti: Caritas-DSM; Budget di Salute ex art.24 LR 16/10/2019 n17, PSN tirocini formativi L.68/99 DG 317 - 19/7/2019) si è evidenziato un miglioramento importante sulla qualità di vita degli utenti, sulla loro adesione alla cura farmacologica e al percorso riabilitativo/emancipativo.

Una nota di attenzione va alle occasioni di tirocinio lavoro e/o percorsi formazione che hanno permesso a tanti utenti di ritrovare, non soltanto la propria identità sociale e quindi un ruolo produttivo e riconosciuto dalla società e dalla famiglia, ma anche di potersi emancipare da un punto di vista abitativo e relazionale.

	Azienda Sanitaria Provinciale Palermo	CODICE: PO.PAC.03.rev. 1
Procedura operativa per gli interventi riabilitativi di formazione e inserimento lavorativo		Pagina 4 di 11

2. SCOPO

Scopo della procedura è:

- favorire l'unitarietà e l'omogeneità delle procedure e delle prestazioni in tutte le Unità Operative territoriali Aziendali facenti capo al Dipartimento Salute Mentale: CSM, SerD, NPIA, UOC Autismo, CEDIAL, AGA) relativamente ai progetti riabilitativi d'inserimento formativo – lavorativo.
- supportare e guidare gli operatori del Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche (DP), Neuropsichiatria infantile (NPIA), U.O.C. Autismo, CEDIAL, AGA – alla gestione del Tirocinio Formativo e di Orientamento per gli utenti e all'utilizzo della modulistica allegata;
- contribuire al miglioramento, all'innovazione e allo sviluppo tecnico, organizzativo, metodologico e progettuale degli interventi riabilitativi di formazione e d'inserimento al lavoro;
- contribuire al rinnovamento e all'aggiornamento tecnico, metodologico ed operativo delle pratiche per la formazione degli utenti, attraverso l'introduzione di nuovi modelli e strumenti, l'utilizzo di chiari riferimenti normativi, formativi e riabilitativi e la costruzione di nuovi criteri e parametri di valutazione degli esiti assuntivi;

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica in tutte le UU.OO del Dipartimento Salute Mentale, in favore sia dei cittadini adulti sia dei minori in età da lavoro e che abbiano assolto l'obbligo scolastico- formativo (16 anni). Tale definizione è correlata ad eventuali variazioni della normativa vigente.

4. DEFINIZIONI

Il Tirocinio Formativo e di orientamento (TFO) è uno strumento previsto dalla legge che prospetta i seguenti obiettivi:

- agevolare l'inserimento o il reinserimento nel mercato del lavoro dell'utenza del DSM, DP, NPIA, AUTISMO, CEDIAL, AGA attraverso un'esperienza professionale presso un'azienda, una cooperativa o un ente pubblico
- consentire all'utente:
 - di entrare in un ambiente di lavoro;
 - di sperimentarsi in un percorso formativo;
 - di orientare o verificare le proprie scelte professionali;
 - di acquisire un'esperienza pratica certificata che potrà anche arricchire il suo curriculum;
 - di svolgere un'esperienza formativa che potrebbe concludersi in un'assunzione.
- consentire anche all'azienda/ente accogliente:
 - di conoscere potenziali collaboratori da inserire in futuro nel proprio organico;
 - di formarli in modo specifico secondo le esigenze lavorative.

Le tipologie di tirocinio attivabili sono le seguenti secondo la Direttiva applicativa linee guida del 24/01/2013 della Regione Sicilia:

	Azienda Sanitaria Provinciale Palermo	CODICE: PO.PAC.03.rev. 1
Procedura operativa per gli interventi riabilitativi di formazione e inserimento lavorativo		Pagina 5 di 11

- **Tirocini di Inclusione Sociale:** sono destinati ai soggetti che hanno conseguito un titolo di studio. Criterio di accesso in carico ai servizi del Dipartimento Salute Mentale. Hanno una durata di 12 mesi prorogabili di altri 12 mesi. Hanno anche come obiettivo l'inclusione sociale, facilitano le scelte professionali e l'occupabilità;
- **Tirocini di orientamento e/o di inserimento o reinserimento al lavoro.** Sono destinati a soggetti con disabilità ai sensi della L. 68/99 e a soggetti svantaggiati ai sensi della legge 381/91.

Il **Progetto Formativo e di orientamento (PF)** è un atto formale definito dall'art. 4 del D.M 142/98 e suo allegato e indica il contenuto e le attività che si vogliono conseguire e gli obiettivi, le capacità, le conoscenze da sviluppare

UNILAV: È un sistema informativo che consente di inviare la comunicazione preventiva obbligatoria d'inizio tirocinio e di comunicare in tempo reale ai Centri per l'impiego della Provincia le comunicazioni di assunzione, cessazione e trasformazione del rapporto di lavoro. Si ottempera agli obblighi di comunicazione dell'art.4 della Convenzione.

5. ABBREVIAZIONI E LISTA DI DISTRIBUZIONE

Acronimo	Significato
DSM	Dipartimento di Salute Mentale, Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza
DP	Dipendenze Patologiche
NPIA	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
CEDIAL	Centro Disturbi Alimentazione
SERD	Servizio Dipendenze
INAIL	Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
RCT	Responsabilità Civile contro Terzi
RQ	Repertorio delle Qualificazioni di cui al D.A. 2570 del 26/05/2016
PTRP	Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato

La presente procedura sarà distribuita a:

- Tutte le articolazioni territoriali del Dipartimento salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
- Dipartimento Risorse Umane
- *U.O.C. Bilancio e Programmazione*
- *U.O.C. Sviluppo e gestione dei progetti sanitari*

	Azienda Sanitaria Provinciale Palermo	CODICE: PO.PAC.03.rev. 1
Procedura operativa per gli interventi riabilitativi di formazione e inserimento lavorativo		Pagina 6 di 11

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

6.1 Attivazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato

Il processo prende avvio con l'individuazione della fonte di finanziamento del progetto (PSN, fondi comunitari etc) e segue le azioni descritte nella Procedura PAC "Area F - Contabilità per commessa" alla quale si rinvia.

In particolare, espletate le attività di autorizzazione da parte della Direzione aziendale e attribuzione/incasso del finanziamento da parte della *U.O.C. Bilancio e programmazione*, la macrostruttura assegnataria del finanziamento (Direzione Dipartimento Salute Mentale):

- Nomina i Referenti (amministrativo e scientifico) della linea progettuale
- Trasmette alla *U.O.C. Sviluppo e gestione dei progetti sanitari* la relativa "scheda progetto" per il parere di congruità;
- Predispone l'atto deliberativo di "presa d'atto" del progetto esecutivo con indicazione del finanziamento complessivo e del relativo piano di utilizzo;
- Richiede, quando previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) e lo comunica alla *U.O.C. Sviluppo e gestione dei progetti sanitari*
- inserisce a sistema autorizzazioni e sub/autorizzazioni suddivise per conti economici e/o patrimoniali assegnando per ogni movimentazione del progetto l'apposita chiave contabile creata dal Responsabile

L'équipe clinico-riabilitativa appartenente alla Unità operativa territoriale che ha in carico il paziente, formula – insieme al beneficiario – il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) con obiettivo formativo/lavorativo. Il PTRP verrà condiviso con tutti gli attori e supervisionato dal Responsabile clinico e dal case-manager della UO.

Prima di avviare un tirocinio formativo viene effettuata un'analisi e una valutazione di bisogni, problemi e competenze da parte dell'équipe curante del DSM, della congruità di tale intervento rispetto alla situazione dell'utente, sia dal punto di vista sanitario sia dal punto di vista socioeducativo. Ne vengono fissati gli obiettivi e individuata la tipologia di tirocinio formativo più adeguato. L'operatore referente per il caso sviluppa con il paziente un percorso di osservazione, attraverso colloqui informativi e strumenti standardizzati condivisi tra servizi. Tale percorso è propedeutico alla formulazione del PTRP di presa in carico comunitaria, all'individuazione degli obiettivi e alla costruzione di un programma di attività che deve tenere conto di tutte le informazioni raccolte in precedenza: aspetti cognitivi, comportamentali, emotivo/relazionali, sintomatologici, attitudinali e capacità lavorative che si sono evidenziate in esperienze pregresse, manualità e condizioni fisico-motorie, autonomie personali e sociali, preparazione scolastica e professionale, grado di disabilità, certificazione di invalidità, età, condizioni socio-economiche e familiari. Il PTRP è il primo requisito necessario per la procedura di avvio dei TFO.

In allegato (all. 1) la modulistica da utilizzare per l'attivazione dei PTRP.

Il Tirocinio di Inclusione Sociale (o Tirocinio L.68/99) ha una durata di 12 mesi al termine dei quali può ritenersi concluso, o se gli obiettivi formativi non sono stati pienamente raggiunti, il servizio proponente può chiedere all'UPLMO una proroga di altri 12 mesi (allegato n. 3).

La rinuncia o la cessazione anticipata del TFO vanno comunicate all'operatore referente con apposito modulo, che a sua volta lo comunicherà all'UPLMO (allegato n. 4).

	Azienda Sanitaria Provinciale Palermo	CODICE: PO.PAC.03.rev. 1
	<i>Procedura operativa per gli interventi riabilitativi di formazione e inserimento lavorativo</i>	<i>Pagina 7 di 11</i>

Al termine del tirocinio con L.68/99, verrà rilasciata un attestato di qualifica delle esperienze svolte dal tirocinante, che ha valore di credito formativo. Nell'attestato va specificato il profilo NUP-ISTAT. Il documento deve essere firmato dal legale rappresentante dell'Ente Proponente e dal legale rappresentante dall'Ente accogliente.

6.2-Identificazione Ente Accogliente e stipula della convenzione

Si specifica che presso il Dipartimento salute mentale N.P.I. e Dipendenze Patologiche è presente un elenco di strutture disponibili all'effettuazione di tirocini per l'inserimento lavorativo disponibile sul sito web aziendale. L'equipe clinica, supportata dal confronto con i familiari e con i caregiver, collabora e procede all'individuazione, tra quelli in elenco o tra quelli operanti in ambito adeguato per tipologia di attività e/o territorio di riferimento, di un ente/azienda idoneo/a ad accogliere nel percorso formativo più appropriato. Gli Enti/aziende che abbiano manifestato l'intenzione di offrire un'opportunità formativa o di assunzione, saranno sottoposte ai controlli fiscali e giudiziali previsti, nonché alle verifiche di procedura.

Reperita la sede di tirocinio, si concordano tra utente, azienda ospitante e case manager del PTIRP, la tipologia di mansioni e i termini del progetto formativo.

Prima dell'attivazione del tirocinio, la macrostruttura assegnataria del progetto – per il tramite del Responsabile amministrativo - effettua i controlli amministrativi relativi all'Ente accogliente, ovvero:

- regolarità contributiva,
- carichi pendenti
- casellario giudiziario
- visura camerale

All'esito positivo dei superiori controlli, fra l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo e l'Ente ospitante viene stipulata apposita convenzione sottoscritta dal Direttore Generale dell'ASP Palermo (o suo delegato) e dal Rappresentante dell'Ente accogliente. Nella convenzione devono essere indicati i Responsabili scientifici e amministrativi del progetto.

La macrostruttura titolare del progetto archivia la delibera adottata e gestisce un database contenente l'elenco dei progetti formativi avviati, la delibera di adozione, la macrostruttura territoriale presso cui i progetti sono avviati, l'Ente accogliente, i nominativi dei Responsabili amministrativo e scientifico, lo stato del progetto (in corso, concluso, prorogato)

Parte integrante della Convenzione è il Progetto Formativo (PF) che si configura come l'atto di assunzione degli impegni derivanti dalla convenzione ed è sottoscritto da tutti i soggetti coinvolti nell'esperienza di tirocinio (soggetto promotore e ospitante, tirocinante e tutors).

Il Progetto deve indicare il contenuto, le attività del percorso formativo, gli obiettivi, le capacità, le conoscenze da sviluppare e raggiungere nel percorso di tirocinio.

Nel dettaglio, il Progetto formativo è sottoscritto:

- dai rappresentanti dell'ente proponente: Direttore del DMS e/o DP e/o NPIA e/o Autismo e/o CEDIAL e/o AGA (secondo il servizio proponente) dell'Asp di Palermo;
- dall'Utente o dal genitore o da chi esercita la patria potestà nel caso di minori in età da lavoro e che abbiano assolto l'obbligo scolastico- formativo (16 anni o 15 anni se a questa età hanno già assolto l'obbligo scolastico- formativo).
- dal Legale Rappresentante dell'ente/ditta ospitante;
- dal tutor indicato dall'Ente Promotore

	Azienda Sanitaria Provinciale Palermo	CODICE: PO.PAC.03.rev. 1
Procedura operativa per gli interventi riabilitativi di formazione e inserimento lavorativo		Pagina 8 di 11

- dal tutor indicato dall'Ente Ospitante
- dal paziente beneficiario

Si rimanda alla modulistica di cui all'allegato n. 2

Per l'individuazione del profilo professionale, si farà riferimento al repertorio delle Unità Professionali dell'ISTAT, consultabile sul sito Internet: (<http://repertoriodellequalificazioni.siciliafse1420.it>.) e verrà concordato con l'utente in base alle capacità e ai desideri di realizzazione professionale (allegato n. 3).

6.3. Attivazione assicurativa e comunicazioni obbligatorie

Conclusa la fase di redazione, il Responsabile amministrativo del Progetto trasmette la proposta di tirocinio con la relativa convenzione all'UPLMO - Comitato per gli invalidi del XII servizio dell'UPLMO, per la sua approvazione.

Dopo l'approvazione del Tirocinio da parte della Commissione invalidi dell'UPLMO, l'Ente di accoglienza provvede alla copertura RCT (che verrà rimborsata dall'ASP) mentre l'ASP provvede ad aprire la posizione INAIL.

Come stabilito dall'art. 5 della Convenzione, infatti, la copertura RCT è a carico dell'ASP di Palermo, il relativo premio sarà anticipato dall'Ente accogliente e successivamente rimborsato dall'ASP di Palermo avvalendosi di fondi di progetto.

Le coperture assicurative devono riguardare anche le attività eventualmente svolte dal tirocinante al di fuori dell'azienda e rientranti nel progetto formativo e di orientamento

In caso di Tirocinio formativo senza finalità assuntive il soggetto promotore assicura il/i tirocinante/i contro gli infortuni sul lavoro presso l'INAIL. La responsabilità civile sarà attivata dall'Ente accogliente, presso compagnie assicurative operanti nel settore. La copertura assicurativa deve comprendere anche eventuali attività svolte dal tirocinante al di fuori dell'azienda o amministrazione pubblica, che rientrino tra quelle definite nel progetto formativo. In caso di infortunio durante lo svolgimento del tirocinio, il soggetto ospitante si impegna a segnalare l'evento, entro i tempi previsti dalla normativa vigente, agli istituti assicurativi (facendo riferimento al numero della polizza sottoscritta) ed al soggetto promotore. In caso di incidente durante lo svolgimento del TFO, l'utente infortunato deve recarsi o essere accompagnato subito al Pronto Soccorso, dove deve segnalare lo svolgimento del Tirocinio formativo. Anche il soggetto ospitante deve avvisare il Servizio di Salute Mentale che ha in carico l'utente dell'infortunio accaduto all'utente.

Prima dell'avvio del tirocinio, l'Azienda ospitante deve inviare la comunicazione preventiva obbligatoria d'inizio tirocinio tramite UNILAV come da normativa vigente (nota del 4/1/2007 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale "Adempimenti connessi alla instaurazione, trasformazione e cessazione dei rapporti di lavoro Legge 27 dicembre 2006, n°296- Legge finanziaria 2007).

Per l'informativa dell'Asp di Palermo sulla protezione e il trattamento dei dati personali, si fa riferimento al DL 196/2003.

La documentazione attestante l'attivazione della copertura assicurativa e le comunicazioni UNILAV sono inoltrate dal Responsabile amministrativo del progetto all'UPLMO per la relativa verifica. All'esito positivo delle verifiche, l'UPLMO comunica l'attestazione ufficiale di attivazione del tirocinio sia alla macrostruttura aziendale proponente sia all'Ente accogliente.

	Azienda Sanitaria Provinciale Palermo	CODICE: PO.PAC.03.rev. 1
	Procedura operativa per gli interventi riabilitativi di formazione e inserimento lavorativo	Pagina 9 di 11

6.4 Gestione Amministrativa e contabile del Tirocinio

Ricevuta l'autorizzazione dell'UPLMO all'avvio del tirocinio, l'Ufficio di gestione del progetto presso la macrostruttura titolare del finanziamento procede alla compilazione dell'anagrafica dell'utente su sistema informativo aziendale e comunica alla *U.O.C. Trattamento Economico e Previdenziale delle Risorse Umane aziendali* gli estremi del conto economico di riferimento al quale faranno capo i pagamenti delle indennità di tirocinio nonché i dati anagrafici e l'IBAN del beneficiario/tirocinante, per il riconoscimento delle spettanze economiche.

Per economie da utilizzare per i progetti di tirocinio, i servizi potranno fare riferimento a fondi a loro assegnati Piano Sanitario Nazionale (PSN), Fondi Europei, 0,3% Autismo ecc.. e ad eventuali altre economie di progetto o aziendali.

6.5 Pagamenti indennità di tirocinio

Con l'inizio del tirocinio, l'utente tirocinante redige quotidianamente il *timesheet*, registrando le attività formative svolte. Il tutor dell'ente accogliente verifica e valida mensilmente il documento, attestando le ore di formazione effettuate e lo trasmette al tutor dell'ente proponente.

Il *timesheet*, corredato dall'attestazione, viene successivamente inviato dal tutor dell'ente promotore al Responsabile Scientifico del progetto per le verifiche finali.

A seguito del controllo dei *timesheet*, il Responsabile Scientifico del progetto autorizza, insieme al direttore (del DSM/DP/ CEDIAL/Autismo/AGA/NPIA) formalmente l'Ufficio del Personale, al pagamento dell'indennità mensile prevista per il tirocinante, tramite dichiarazione sottoscritta.

L'orario è calcolato e definito su base giornaliera e settimanale e tiene conto delle ore e dei giorni di apertura e dell'orario giornaliero massimo previsto dall'attività lavorativa presso l'azienda ospitante. Le modifiche dell'orario di lavoro devono essere concordate tra Azienda ospitante, case manager e paziente.

In caso di ore o giorni lavorativi in più, fuori dall'orario concordato nel Progetto Formativo e con il case manager, queste, non vengono riconosciuti e pagati.

All'esito positivo dei controlli, la macrostruttura proponente il tirocinio, ogni fine mese trasmetterà alla *U.O.C. Trattamento economico e Previdenziale delle Risorse Umane* l'attestazione di avvenuto controllo e verifica dello svolgimento di almeno il 70% di presenze mensili dei tirocinanti presso l'ente ospitate.

Il documento verrà firmato dal case- manager e dal Responsabile che ha in carico l'utente.

Ricevuta l'attestazione di svolgimento delle attività da parte del servizio proponente, *U.O.C. Trattamento economico e Previdenziale delle Risorse Umane* verserà sull'IBAN del beneficiario l'indennità di tirocinio prevista dalla convenzione imputando la somma sui conti di progetto

La capienza del rimborso economico sarà esplicitata nella convenzione e secondo i riferimenti di legge vigenti sui tirocini formativi.

6.6 Rendicontazione e controllo

Al termine del tirocinio, viene redatto un report finale a cura del soggetto promotore e dell'Ente di accoglienza che contiene:

- le ore di formazioni svolte e documentate;
- gli obiettivi formativi raggiunti;
- i costi sostenuti

Per le attività di rendicontazione e sterilizzazione del contributo si rimanda a quanto dettagliatamente descritto nella vigente procedura P.A.C. "Area F – crediti e ricavi".

7. MATRICI

Matrice delle responsabilità

ID attività	Funzione Attività	DSM	Responsabili progetto	Equipe clinica	Ente Ospitante	U.O.C. Trattamento economico
2	Definizione PTRP	A/R	R	R		
3	Individuazione Ente accogliente	A		R		
4	Redazione Convenzione e Progetto formativo	A/R	R	R		
5	Controlli su Ente accogliente		A/R			
6	Firma Convenzione	A/R				
7	Attivazione coperture assicurative		A		R	
8	Comunicazione UNILAV		A		R	
9	Attivazione anagrafica		A/R			
10	Attestazione presenze		A		R	
11	Verifica presenze		A/R			
12	Pagamento Indennità					A/R

R= Responsible: Colui che esegue ed assegna l'attività. A= Accountable: Colui che ha la responsabilità sul risultato dell'attività (solo uno per attività). C = Consulted: I = Informed: Colui che deve essere informato al momento dell'esecuzione dell'attività.

Matrice dei controlli

ID controllo	ID attività	Tipologia di controllo	Responsabilità	Frequenza	Evidenza del controllo
V.1	Valutazione Qualità di vita - PTRP	Test LSP (Life Skills Profile)	DSM- Case Manager/Utente	Annuale	Test
V.2	Valutazione periodica andamento PTRP	Colloqui equipe curante/utente	DSM/ Equipe curante/ Case manager	Trimestrale	Cartella Clinica, Aggiornamento PTRP
V.3	Controlli giudiziali e fiscali	Richiesta al Tribunale di competenza di Carichi pendenti e Casellario giudiziale/DURC/	ASP, DSM	Annuale, inizio procedura	Documenti pervenuti dal tribunale e dalla Camera di commercio
V.4	Assicurazioni	Apertura INAIL ed RCT	Ente Accogliente per RCT/ INAIL da parte dell'ASP	Annuale, inizio procedura	Attestazione della Agenzia Assicurativa
V.5	Attestato presenze tirocinio	Verifica delle presenze almeno il 70%	DSM, Case Manager; Tutor, Utente	Mensile (entro g. 5 del mese successivo all' attività)	timesheet

	Azienda Sanitaria Provinciale Palermo	CODICE: PO.PAC.03.rev. 1
Procedura operativa per gli interventi riabilitativi di formazione e inserimento lavorativo		Pagina 11 di 11

Check list di controllo

Rif. ID Controllo	Descrizione Verifica	SI	NO	N.A.	Motivazioni e riscontri
V.1	Somministrazione test LSP all 'utente beneficiario da parte dell'equipe curante				Analisi ad inizio e fine annualità del percorso di tirocinio, per valutare l'impatto dell'azione, sulla qualità di vita del beneficiario
V.2	Valutazione periodica del PTRP da parte dell'equipe curante				Fondamentale il monitoraggio periodico sull'andamento del tirocinio, per potere apportare eventualmente aggiustamenti e/o migliorie sul progetto
V.3	Controlli giudiziali, fiscali e				I controlli di che trattasi sono necessari e indispensabili al fine di potere procedere alla firma di Convenzione tra ASP ed Ente Accogliente
V.4	Stipula assicurazioni				La stipula della RCT e l'apertura della posizione INAIL sono atti necessari ed indispensabili per potere attivare i tirocini
V.5	Attestazione presenze 70%				I timesheet attestanti l'avvenuto tirocinio per almeno il 70% delle presenze, sono documento propedeutico e indispensabile per il riconoscimento dell'indennità a favore dell'utente

8. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- Accordo quadro 25/5/2017 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee guida in materia di tirocini formativi e di orientamento"
- Regione Sicilia DG 292 del 18/7/2017
- PANMS (Piani Nazionale di Azioni per la Salute Mentale)
- Piano Strategico Sanitario 2012
- Lea Livelli Essenziali di Assistenza DPCM del 12/1/2017
- L.12/3/2019 n.68

9. CONSERVAZIONE E ARCHIVIAZIONE

I documenti relativi alle convenzioni sono conservati ed archiviati presso Il Dipartimento Salute Mentale o /DP/Autismo/Cedial/AGAcche gestisce un database di monitoraggio dei progetti.

10. ALLEGATI:

- 1) PTRP
- 2) Convenzione, Progetto Formativo
- 3) LSP
- 4) Addendum
- 5) Proroga TFO
- 6) Rinuncia TFO

		Servizio Sanitario Nazionale Regione Siciliana Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo Dipartimento Salute Mentale - Dipendenze Patologiche - Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	
U.O.S.		Prot. n°	del
Équipe di riferimento:	Dr./Dr.ssa:		
	Case manager:		

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO (P.T.I.)

Nome e Cognome		Data di nascita	
-------------------	--	--------------------	--

CODIFICA P.T.I.

PRESA IN CARICO COMUNITARIA SOSTENUTA DA BUDGET DI SALUTE

- ☐ Finanziamento BdS secondo D.A. 08/07/2021 Assessorato alla Salute – Regione Siciliana – (art. 24 della LR 16 ottobre 2019, n. 17)
- ☐ Tirocinio formativo e/o di orientamento [L. 68/99, L. 381/91, IPS, ecc.]
- ☐ Inserimento lavorativo [L. 68/99, ecc.]
- ☐ Tirocinio inclusivo
- ☐ Borsa lavoro
- ☐ Attività di volontariato
- ☐ Progetto individuale [art. 14 L. 328/00]
- ☐ HUB Comunitari (Delibera DG n. 1089 del 20 Luglio 2022)
- ☐ Fondi autonomi dell'Ente co-gestore [es. inserimento in attività produttive di cooperativa sociale, borsa lavoro]
- ☐ Piano di Zona
- ☐ Piano di Azione Locale
- ☐ PSN Progetto: _____
- ☐ Progetto CARITAS - DSM
- ☐ Progetto PNRR - Comune Palermo: Gruppo Appartamento
- ☐ Progetto RE-care, Homeless Psichiatrici
- ☐ Altro _____

AREA ANAGRAFICA¹

Nome e Cognome		N° cartella	
Data e luogo di nascita		Codice Fiscale	
Residenza		Domicilio	
Recapiti telefonici		Indirizzo mail	
Nazionalità		Esenzione Ticket	

ISTRUZIONE		STATO CIVILE		POSIZIONE GIURIDICA		
☐ Nessuna ☐ Licenza elementare ☐ Licenza media inferiore ☐ Licenza media superiore ☐ Diploma universitario ☐ Laurea ☐ Scuola professionale	☐ Celibe/Nubile ☐ Coniugato/a ☐ Convivente ☐ Separato/a ☐ Divorziato/a ☐ Vedovo/a ☐ Non dichiarato	Provvedimenti dell'autorità giudiziaria in corso: ☐ SI ☐ NO	☐ Misure di sicurezza ☐ Detenzione ☐ Ricovero in REMS ☐ Altro			
				☐ Amministrazione di sostegno ☐ Curatela ☐ Tutela		

SITUAZIONE LAVORATIVA		CERTIFICAZIONI			
☐ Studente ☐ Corso professionale ☐ Lavoro dipendente ☐ Lavoro autonomo ☐ Lavoro non retribuito (es. volontariato) ☐ Casalingo/a ☐ Pensionato/a ☐ Disoccupato/a (per motivi di salute) ☐ Disoccupato/a (per altri motivi) ☐ Altro ☐ Esperienza lavorativa: ☐ NO ☐ SI	Invalidità Civile	☐ SI Esito %	☐ NO	☐ In corso	
	Indennità di accompagnamento	☐ SI	☐ NO	☐ In corso	
	Persona con disabilità	☐ SI	☐ NO	☐ In corso	
		☐ L. 104/92 art. 3 comma 1 ☐ L. 104/92 art. 3 comma 3 ☐ L. 104/92 ai fini dell'inserimento scolastico			
		Collocamento mirato (L. 68/99 e s.i.)	☐ SI	☐ NO	☐ In corso
	Iscrizione alle Cat. Protette L.68/99	☐ SI	☐ NO	☐ In corso	

SITUAZIONE ECONOMICA	
☐ Nessuna risorsa ☐ Assegno/pensione invalidità civile INPS, € ☐ Indennità di accompagnamento, € ☐ Assegno/pensione contributiva, €	☐ Altre pensioni _____ € ☐ Reddito da lavoro € _____ ☐ Aiuto dei familiari _____ ☐ Altri redditi/contributi _____ € ☐ Assegno di inclusione _____ €

SITUAZIONE ABITATIVA		NUCLEO ATTUALE DI CONVIVENZA	
☐ Domicilio privato: ☐ Proprietà ☐ Usufrutto ☐ Titolo gratuito ☐ Affitto	☐ Senza fissa dimora ☐ Senza tetto ☐ Accoglienza c/o altri: ☐ altra comunità ☐ alloggio protetto ☐ Altro _____	☐ Vive da solo/a ☐ Vive da solo/a con figlio/i ☐ Vive con il coniuge/partner ☐ Vive con il coniuge/ partner e figlio/i ☐ Vive con la famiglia d'origine ☐ Vive con altri familiari	

AREA ANAMNESTICA

Breve storia familiare e personale del paziente:

Percorsi terapeutico - riabilitativi già sperimentati dal paziente:

- ☐ Comunità Terapeutica Assistita
- ☐ Comunità per minori
- ☐ Comunità Terapeutica Dipendenze
- ☐ Strutture Private
- ☐ REMS
- ☐ Comunità Alloggio
- ☐ Gruppo Appartamento

- ☐ Centro Diurno
- ☐ Contatti con specialisti pubblici
- ☐ Contatti con specialisti privati
- ☐ Psicoterapia
- ☐ Cliniche private/convenzionate
- ☐ SPDC

- ☐ Assistenza domiciliare
- ☐ Inserimento lavorativo
- ☐ Borsa Lavoro
- ☐ Tirocinio formativo
- ☐ Club/associazioni
- ☐ Altro

Specificare il periodo:

Diagnosi								
Altre patologie organiche rilevanti								
ISTRUZIONI GENERALI - Riportare nell'apposita casella il punteggio attribuito a ciascun item:								
Non valutato	Assente	Molto lieve	Lieve	Moderato	Media gravità	Grave	Molto grave	
PUNTEGGIO	1	2	3	4	5	6	7	
1. IMPLICAZIONE SOMATICA								
Grado di interesse presentato per la propria salute fisica attuale. <i>Valutare in quale misura la salute fisica è percepita come problema dal paziente, sia che le lamentele abbiano o meno una base reale.</i>								
2. ANSIA								
Timore, paura o eccessiva preoccupazione per il presente o il futuro. <i>Valutare solo sulla base di quanto il paziente riferisce verbalmente circa le sue esperienze soggettive. Non arguire l'esistenza di ansia dai sintomi fisici o dai meccanismi di difesa neurotica.</i>								
3. INIBIZIONE EMOTIVA								
Difficoltà di contatto con l'esaminatore e di adattamento alla situazione dell'intervista. <i>Valutare soltanto in che misura il paziente dà l'impressione di non essere capace a stabilire un contatto emotivo con gli altri nella situazione dell'intervista.</i>								
4. DISORGANIZZAZIONE CONCETTUALE								
Grado in cui il processo ideativo è confuso, sconnesso o disorganizzato. <i>Valutare sulla base dell'integrazione della produzione verbale del paziente. Non valutare sulla base dell'impressione soggettiva del paziente circa il proprio livello di attività ideativa.</i>								
5. SENTIMENTI DI COLPA								
Sopravalutazione o rimorso per il comportamento passato. <i>Valutare sulla base dell'esperienza soggettiva di colpa, dimostrata nel colloquio con adeguata partecipazione affettiva. Non arguire l'esistenza di sentimenti di colpa dalla depressione, dall'ansia o dalle difese neurotiche.</i>								
6. TENSIONE								
Manifestazioni fisiche e motorie di tensione, nervosismo ed aumentato livello di attività motoria. <i>La tensione deve essere valutata solo sulla base dei sintomi somatici e del comportamento motorio e non sulla base di esperienze soggettive di tensione riferite dal paziente.</i>								
7. ATTEGGIAMENTO MANIERATO								
Comportamenti motori insoliti ed innaturali, ovvero quel tipo di comportamento motorio che distingue certi ammalati mentali in mezzo alla gente normale. <i>Valutare soltanto l'anormalità dei movimenti; non valutare sotto questa voce il semplice aumento dell'attività motoria.</i>								
8. GRANDIOSITÀ								
Esagerata opinione di se stesso, convinzione di possedere capacità o poteri singolari. <i>Valutare soltanto le dichiarazioni del paziente relative a se stesso ed al rapporto se stesso-altri, non sulla base del suo atteggiamento nella situazione dell'intervista.</i>								
9 - UMORE DEPRESSO								
Abbattimento dell'umore, tristezza. <i>Valutare solamente il grado della depressione; non arguire l'esistenza di depressione sulla base del rallentamento globale e di lamentele somatiche.</i>								
10. OSTILITÀ								
Animosità, disprezzo, bellicosità, sdegno verso gli altri al di fuori della situazione dell'intervista. <i>Valutare solo in base a quanto il paziente riferisce riguardo ai propri sentimenti (propositi) ed azioni verso gli altri; non presumere l'esistenza di ostilità da difese neurotiche, ansia o lamentele somatiche (Valutare l'atteggiamento verso l'esaminatore alla voce "Mancanza di cooperazione").</i>								
11. SOSPETTOSITÀ								
Convincimento (delirante o meno) che gli altri abbiano, o abbiano avuto, propositi cattivi (malevoli) o discriminatori nei confronti del paziente. <i>Sulla base di quanto riferito verbalmente, valutare soltanto quei sospetti che sono palesati attualmente dal paziente e che si riferiscono ad avvenimenti sia passati che presenti.</i>								
12. ALLUCINAZIONI								
Percezioni in assenza del normale stimolo esterno corrispondente. <i>Valutare solo quelle esperienze che vengono riferite come vissute nell'ultima settimana e che sono descritte come chiaramente differenti dai processi ideo-percettivi delle persone normali.</i>								
13. RALLENTAMENTO MOTORIO								
Riduzione del livello di energia dimostrato dalla lentezza dei movimenti e del linguaggio, dalla riduzione dell'efficienza generale e dalla diminuzione quantitativa dei movimenti. <i>Valutare solo sulla base dell'osservazione del comportamento del paziente; non valutare sulla base dell'impressione soggettiva del paziente del proprio livello di energia.</i>								
14. MANCANZA DI COOPERAZIONE								
Dimostrazioni di rifiuto, di inimicizia, di risentimento e di mancanza di disponibilità a cooperare con l'intervistatore. <i>Valutare soltanto sulla base dell'atteggiamento del paziente e delle reazioni verso l'intervistatore e la situazione dell'intervista; non valutare in base ad un risentimento riferito o alla mancanza di cooperazione al di fuori dell'intervista.</i>								
15. INSOLITO CONTENUTO DEL PENSIERO								
Contenuto del pensiero insolito, singolare, strano o bizzarro. <i>Valutare soltanto il grado di stranezza e non di disorganizzazione del processo ideativo.</i>								

16 .INSENSIBILITÀ AFFETTIVA Riduzione del tono emotivo; apparente mancanza del normale tono dei sentimenti o di partecipazione.	
17 .ECCITAMENTO Elevazione del tono affettivo, agitazione, iperattività.	
18 - DISORIENTAMENTO Confusione od incapacità ad orientarsi nel tempo e nello spazio ed a riconoscere le persone.	
FUNZIONI CORPOREE = funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (comprese le funzioni psicologiche) Le Menomazioni nelle funzioni del corpo si manifestano come deficit, un rallentamento o una perdita significativa. La tabella descrive l'estensione di un deficit, perdita o rallentamento di specifiche funzioni <i>nell'ultimo mese.</i> NB: non è necessario compilare tutti i codici, ma solo quelli importanti per il profilo sanitario della persona, quindi si può attribuire X ai codici non rilevanti (NR).	

AREA DELLA PROGETTUALITÀ

OBIETTIVI

GLOBALI

GENERALI

- ☐ Cura di sé
- ☐ Apprendimento e applicazione della conoscenze
- ☐ Comunicazione
- ☐ Vita domestica
- ☐ Compiti e richieste generali
- ☐ Interazioni e relazioni interpersonali
- ☐ Abilità sociali
- ☐ Vita sociale, civile e di comunità (inclusione sociale)
- ☐ Principali aree di vita (Istruzione/Lavoro/gestione denaro)
- ☐ Altro

SPECIFICI

A breve termine:

▪

▪

▪

▪

▪

A medio termine:

▪

▪

▪

▪

▪

A lungo termine:

▪

▪

▪

▪

▪

▪

AREA DEGLI INTERVENTI

Interventi Ambulatoriali		☐ SI	☐ NO
☐ Visite/colloqui psichiatrici	☐ Colloqui/interventi familiari		
☐ Psicoterapia individuale	☐ Visite domiciliari specialistiche		
☐ Colloqui/interventi sociali	☐ Riabilitazione psicosociale di gruppo		
☐ Colloqui/interventi riabilitativi	☐ Psicoterapia di gruppo		
☐ Colloqui/interventi educativi	☐ Interventi clinico – sanitari		
	☐ Psico-educativa		

DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROGETTO

<i>Durata del progetto:</i>	<i>Periodicità della valutazione:</i>
Interventi ipotizzati per la prosecuzione o la modifica del PTI	

PROSPETTO ECONOMICO

Il Progetto può avere una durata di minimo 6 mesi, massimo 2 anni PER ASSE.

INTEGRAZIONE CON ALTRI SERVIZI/ENTI/AGENZIE COINVOLTE NELLA REALIZZAZIONE DEL PTI

Referenti e recapiti

MEDICINA GENERALE	NPIA	SERD	AREA DISABILITÀ	CONSULTORIO
ENTE LOCALE (Servizio Sociale, Comune, ecc.)	ENTE CO – GESTORE (Coop.Soc/Asscz/Privati)	UIEPE/USSM	TRIBUNALE (Minori, GIP, Uff. Sorveglianza, ecc.)	ALTRO

REFERENTI DEL PTI

Il PTI è condiviso dai seguenti soggetti che sottoscrivono per condivisione e accettazione

Ruolo	Nome - Qualifica - Recapiti	Firma
Responsabile Clinico PTI		
Case Manager UOS		
Amministratore di Sostegno/Tutore		
UIEPE		
Timbro e Firma Direttore UOC		
Legale Rappresentante Ente Co – gestore		
Case Manager Sociale Ente Co – gestore		
Utente		
Familiari (specificare)		
Altro		

Modalità di conclusione del PTI

Risoluzione clinica condivisa
 Interruzione clinica NON concordata del rapporto terapeutico
 Cambio di residenza del paziente
 Decesso dell'utente
 Invio ad altro servizio

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

- ☐ D.A. 08/07/2021 Assessorato alla Salute – Regione Siciliana – (art. 24 della LR 16 ottobre 2019, n. 17)
- ☐ DECRETO 31 luglio 2017. Approvazione del Documento, recante: “Il Servizio socio-sanitario regionale: Piano delle azioni e dei servizi socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie.
- ☐ L’Accordo Stato Regioni, Conferenza unificata del 13 Novembre 2014 su *“Definizione dei percorsi di cura da attivare dei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell’umore e i disturbi gravi di personalità”*
- ☐ Piano Strategico Regionale per la Salute Mentale (approvato con D.A. 27 aprile 2012 e pubblicato sulla G.U.R.S. del 15 giugno 2012
- ☐ LEGGE 16 ottobre 2019, n. 17. “Collegato alla legge di stabilità regionale per l’anno 2019 in materia di attività produttive, lavoro, territorio e ambiente, istruzione e formazione professionale, attività culturali, sanità. Disposizioni varie”
- ☐ WHODAS 2.0 – World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0
- ☐ L.68/99
- ☐ L. 328/00

CONVENZIONE DI TIROCINIO

Conv. n. _____

TRA

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, con sede in via G. Cusmano, 24 - Prov. PA
Partita IVA/ C.F. 05841760829 d'ora in poi denominato "**soggetto promotore**",
rappresentato dal Direttore Generale legale rappresentante

E

la Ditta
con sede legale in via città (Prov.)
Partita IVA/C.F. d'ora in poi denominato "**soggetto ospitante**",
rappresentato dal Sig./ra
nato/a a il

PREMESSO che al fine di agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro e realizzare momenti di alternanza tra studio e lavoro nell'ambito dei processi formativi, i soggetti richiamati possono attivare tirocini formativi in conformità alla Direttiva Assessoriale prot. n.43881/US1/2013 del 25 luglio 2013 e successive modifiche e integrazioni, nonché Direttiva n. 34205 del 12 settembre 2017.

SI CONVIENE QUANTO SEGUE:**Art. 1**

Ai sensi della Direttiva sopracitata e delle successive modifiche il soggetto ospitante si impegna ad accogliere presso le sue strutture n.....soggetti in tirocinio, su segnalazione e proposta del soggetto promotore.

Art. 2

1. Il tirocinio formativo e di orientamento non costituisce rapporto di lavoro.
2. Durante lo svolgimento del tirocinio l'attività di formazione ed orientamento è seguita e verificata da un tutor designato dal soggetto promotore in veste di responsabile didattico - amministrativo e da un responsabile aziendale, indicato dal soggetto ospitante.
3. Per ciascun tirocinante inserito nell'impresa ospitante in base alla presente Convenzione viene predisposto un progetto formativo e di orientamento in conformità al nuovo Repertorio regionale dei profili di cui al D.A. 2570 del 26/05/2016 (consultabile sul sito <http://repertoriodellequalificazioni.siciliafse1420.it>), contenente:
 - La durata;
 - Il nominativo del tirocinante;
 - I nominativi del tutor e del responsabile aziendale;
 - Obiettivi e modalità di svolgimento del tirocinio, con l'indicazione dei tempi di presenze in azienda;
 - Le strutture aziendali (stabilimenti, sedi, reparti, uffici) presso cui si svolge il tirocinio;

- Gli estremi identificativi delle assicurazioni INAIL e responsabilità civile.

Art. 3

1. Le attività di tirocinio possono essere prorogate nei limiti previsti dalla direttiva indicata in premessa.
2. Il prolungamento delle suddette attività, adeguatamente motivato e supportato da idonea documentazione, corredata dal parere del tutor didattico amministrativo, dovrà essere preventivamente autorizzata dal soggetto promotore non oltre 20 giorni prima del termine.

Art. 4

1. Durante lo svolgimento del tirocinio formativo e di orientamento il tirocinante è tenuto a:
 - svolgere le attività previste dal progetto formativo e di orientamento;
 - rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
 - mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio.

Art. 5

1. Il soggetto promotore assicura il/i tirocinante/i contro gli infortuni sul lavoro presso l'INAIL, nonché per la responsabilità civile presso compagnie assicurative operanti nel settore. La copertura assicurativa deve comprendere anche eventuali attività svolte dal tirocinante al di fuori dell'azienda o amministrazione pubblica, che rientrino tra quelle definite nel progetto formativo. In caso di infortunio durante lo svolgimento del tirocinio, il soggetto ospitante si impegna a segnalare l'evento, entro i tempi previsti dalla normativa vigente, agli istituti assicurativi (facendo riferimento al numero della polizza sottoscritta) ed al soggetto promotore.
2. Il soggetto ospitante si impegna a far pervenire alle rappresentanze sindacali aziendali copia della Convenzione e copia di ciascun progetto formativo e di orientamento.

Art. 6

1. La presente convenzione ha validità di mesi 12 (dodici).
2. La stessa, se adeguatamente motivata, può essere prorogata, previo atto autorizzativo del soggetto promotore fino a un massimo di ulteriori 12 mesi.

Palermo, li.....

Per il soggetto promotore
Il Direttore legale rappresentante

Firma e timbro del soggetto ospitante

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(Rif. Convenzione n° _____ stipulata in data _____)

Nome del tirocinante.....nato/a a.....
il.....residente in.....via.....
n°.....tel.....Codice Fiscale.....

Attuale condizione: soggetti con disabilità ai sensi della Legge n. 68/99

Tipologia di tirocinio: Tirocinio di orientamento e/o di inserimento o reinserimento al lavoro.

Dati azienda ospitante: (nome).....
n. dipendenti..... n. tirocini in corso..... n. ATECO Azienda.....
attività..... Area professionale.....
Sede del tirocinio (stabilimento - reparto ufficio):.....
Telefono della sede di tirocinio.....
Orario di accesso ai locali aziendali dalle ore..... alle ore..... - dalle ore..... alle ore.....
Ore settimanali aziendali.....;
Ore settimanali previste per il tirocinante come da prospetto:

	dalle	alle		dalle	alle	Tot. Ore g.
Lun						
Mar						
Mer						
Gio						
Ven						
Tot. Ore settimanali:						

Periodo di tirocinio n. mesi..... dal..... al.....

▪ **Tutor indicato dall'Ente Promotore*:**

..... nato/a.....
il..... C.F.

▪ **Tutor Aziendale*:**

.....
nato/a..... il..... C.F.

▪ **Eventuale Co - Tutor Aziendale*:**

..... nato/a.....
il..... C.F.

Modalità di Tutoraggio*:

- Il tutor indicato dall'ente promotore dichiara di non svolgere attività di tutorato per più di 20 tirocini;
- Il tutor aziendale dichiara di assumere formalmente l'impegno di assicurare la presenza in azienda e il costante affiancamento alle attività svolte dal tirocinante;
- I tutors dichiarano inoltre di:
 - definire le condizioni organizzative e didattiche,
 - garantire il monitoraggio dello stato di avanzamento del percorso formativo del tirocinante attraverso modalità di verifica in itinere e a conclusione dell'intero processo di apprendimento
 - garantire l' attestazione dell'attività svolta dal tirocinante.

Obiettivi e modalità di svolgimento del tirocinio

Profilo Professionale: _____ **codice NUP/ISTAT** _____
in conformità al nuovo Repertorio regionale dei profili di cui al D.A. 2570 del 26/05/2016 (consultabile sul sito internet <http://repertoriodellequalificazioni.siciliafse1420.it>)

a) Competenze da sviluppare:

Tecnico professionali: _____

Di base: garantire nella fase di avvio del tirocinio adeguata informazione e formazione in materia di salute e la sicurezza in ambiente di lavoro ai sensi degli artt. 36 e 37 del D.lgs 81/2008, inoltre deve essere garantita, se prevista, la sorveglianza sanitaria ai sensi dell'art. 41 del medesimo decreto;

b) Attività Previste: _____

c) Esperienze formative collaterali: l'organizzazione aziendale, la creazione d'impresa, la comunicazione

Importo Indennità mensile: € 500,00 comprensivo di INAIL e RCT a carico dell'Ente Promotore

Polizze assicurative:

Infortuni sul Lavoro INAIL posizione n° _____

Responsabilità civile polizza n° _____ compagnia _____

Obblighi del tirocinante:

- seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa i processi produttivi od altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- rispettare i regolamenti aziendali e le norme di igiene e sicurezza.
- Il tirocinante ha l'obbligo di attenersi a quanto previsto nel presente PFI svolgendo le attività concordate dai tutor.

Consenso al trattamento dei dati personali del tirocinante da parte del soggetto ospitante, in applicazione alla Legge n.675/96 e successive modifiche ed integrazioni.

Palermo, li _____

Firma per presa visione e accettazione del tirocinante _____

Firma tutor indicato dal Soggetto Promotore _____

Firma tutor aziendale _____

Firma e timbro dell'Ente ospitante

Firma per il Soggetto Promotore

MODELLO DA ALLEGARE AL PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

Dichiarazione sostitutiva di certificazioni e di atto notorio
(Art. 46 e Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Prov. _____)
il _____ residente a _____ in
Via _____ in qualità di Amministratore/Legale rappresentante
dell'azienda/ditta _____ P.IVA/C.F. _____
_____ con sede legale in via _____ n. _____ (Prov. _____)

Avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 D.P.R. 445/2000 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

Con riferimento alla Convenzione stipulata con l'Azienda Sanitaria Provinciale di PALERMO - DSM DP NPJA in data _____ e in ottemperanza a quanto previsto dalla Direttiva applicativa delle linee guida in materia di Tirocini formativi del 24/01/2013 prot. n. 43881/US1/2013 del 25/07/2013 della Regione Siciliana successivo integrazione prot. n.7006/US1/2014 del 12/02/2014, nota del Dirigente Generale del Dipartimento Lavoro prot. 34205 del 12/09/2017 e delibera della Giunta Regionale Regione Sicilia 292 del 19/07/2017.

- a) di essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza dei luoghi di lavoro;
- b) di essere in regola con la normativa di cui alla L. 68/99;
- c) di non avere effettuato licenziamenti, esclusa la giusta causa e il giustificato motivo soggettivo, nei 12 mesi precedenti l'attivazione del tirocinio;
- d) di non avere fruito di cassa integrazione guadagni anche in deroga per unità produttive equivalenti a quelle del tirocinio, nei 12 mesi precedenti l'attivazione del tirocinio (*giusta nota del Dirigente Generale del Dipartimento Lavoro prot. 28380 del 02/07/2020*);
- e) di avere ad oggi n. _____ unità lavorative a tempo determinato/indeterminato e quindi di rispettare il limite numerico secondo le previsioni dell'art.68 della L. R. 9/2013;
- f) di garantire che l'attività del tirocinante sarà coerente con il piano formativo.
- g) che l'ente promotore riconosce un'indennità mensile lorda per la partecipazione al tirocinio corrisposta solo al raggiungimento minimo del 70% mensile del percorso formativo (secondo quanto previsto dalle linee guida nazionali del 24/01/2013 e dalle successive direttive applicative regionali)
- h) di non utilizzare il tirocinio per sostituire i contratti a termine, il personale nei periodi di malattia, maternità o ferie o per ricoprire ruoli necessari all'interno della propria organizzazione;
- i) di non ospitare in qualità di tirocinanti i lavoratori licenziati dallo stesso nei 24 mesi precedenti l'attivazione del tirocinio;
- j) di non poter contemporaneamente per lo stesso tirocinio ricoprire il ruolo di soggetto promotore e soggetto ospitante.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2013 e s.m. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Palermo, li _____

Il Dichiarante
(Firma e Timbro ente ospitante)

Intestazione Ditta/Ente
Ospitante

Al Centro per l'impiego di PALERMO

Via Praga, 29
90146 – PALERMO
Tel. 0917079827 – fax 0917079810
ulpac00@regione.sicilia.it
cpi.pa@certmail.regione.sicilia.it

Richiesta di tirocinio per soggetti di cui alla legge 12/03/1999 n. 68.

Il presente modulo va compilato accuratamente in ogni sua parte

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Prov. _____)
il _____ residente a _____ in Via _____ in
qualità di Amministratore/Legale rappresentante dell'azienda/ditta _____
P.IVA/C.F. _____ con sede legale in _____
_____ cap _____ Tel _____
email/pec _____ estremi del consulente: _____
P.IVA/C.F. _____ email/pec _____

Avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,
consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di
falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

CHIEDE

il rilascio del **nulla osta** per l'attivazione del tirocinio promosso dall'Ente **Azienda Sanitaria
Provinciale di PALERMO - DSM DP NPJA** via G. Cusmano, 24 – 90141 Palermo P.IVA
05841760829, mail dip.salutementale@asppalermo.org, che ha segnalato il/la:

Sig./ra nato/a a
il residente in via
n°, cittadinanza, titolo di studio
email/pec Codice Fiscale
e disabile con invalidità del %

Per svolgere un **TIROCINIO** a tempo determinato per n. _____ mesi, a tempo parziale 20 ore
settimanali nella sede in via _____ con il profilo professionale
di _____ codice NUP/ISTAT _____

Inoltre, ai sensi della Legge 68/99 - Norme per il diritto al lavoro del disabile, con la **scheda
informativa relativa al tirocinio del personale disabile**, il sottoscritto

DICHIARA

- che il Responsabile Servizio di prevenzione e protezione è _____

- che il Medico Competente*, ai sensi del d.lgs. 626/96 e s.m.i. è il/la dott. _____
 _____ con studio in _____ via _____
 _____ n. _____ tel. _____

*Se azienda sottoposta a controllo sanitario.

- **che nella sede e nell'ambiente di lavoro:**

Sede di effettivo svolgimento dell'attività (indirizzo): _____

È necessario salire o scendere scale per accedere al posto di lavoro	SI	NO
È necessario salire o scendere scale per spostarsi all'interno del posto di lavoro	SI	NO
Sono disponibili ascensori od altri ausili	SI	NO
Il lavoro si svolge prevalentemente	all'interno	all'esterno*

*in tale ipotesi si deve stipulare assicurazione RCT per attività da svolgersi in esterno.

- **Che il tirocinante svolgerà la seguente mansione per il profilo professionale indicato:**

La mansione si svolge prevalentemente in posizione	eretta	seduta
La posizione fissa in piedi è mantenuta per più di 4 ore consecutive al giorno?	SI	NO
È previsto frequente sollevamento/spostamento di oggetti pesanti con le mani?	SI	NO

Se sì, specificare: _____

Vengono svolte operazioni di precisione con le mani?	SI	NO
È previsto lavoro su impalcature, scale a pioli o scale?	SI	NO
È prevista relazione con il pubblico?	SI	NO

- **Che l'organizzazione del lavoro:**

Ore settimanali _____ Ore giornaliere _____ Sono previsti turni di notte?	SI	NO
Nello svolgimento di mansione è prevista collaborazione/coordinamento con altri operatori?	SI	NO

- **Che le attrezzature da lavoro:**

È prevista la conduzione di autoveicoli	SI	NO
---	----	----

Se sì - oltre ad allegare fotocopie integrale della patente di guida e dell'eventuali CAP (Certificato di Abilitazione Professionale) - specificare il tipo di veicolo da guidare, frequenza, durata delle condizioni del veicolo: _____

È prevista la conduzione di macchine operatrici semoventi	SI	NO
---	----	----

Se sì, specificare: _____

È previsto l'uso di macchine comandate a pedali	SI	NO
La mansione si svolge prevalentemente con uso di videoterminali	SI	NO

Se si, specificare:	CONTINUATIVO	SALTUARIO	OCCASIONALE
---------------------	--------------	-----------	-------------

Indicare attrezzature e/o utensili eventualmente utili nello svolgimento della mansione:

Osservazioni:

Infine, il/la sottoscritto/a, consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un pubblico ufficiale o presenta false documentazioni è punito ai termini degli artt. 495 e 496 del codice penale, dichiara che quanto sopra corrisponde a verità.

Palermo, li

Timbro e firma
Ente Promotore

Timbro e Firma del Titolare o
Legale Rappresentante Azienda

Allegati:

- copia di un documento di riconoscimento del legale rappresentante ASP
- copia di un documento di riconoscimento del rappresentante legale soggetto ospitante
- copia di un documento di riconoscimento del tirocinante
- copia di un documento di riconoscimento del tutor indicato dall'ente promotore (ASP)
- copia di un documento di riconoscimento del tutor aziendale (ospitante)
- copia certificato iscrizione alle liste L.68/99 del tirocinante

LSP – Life Skills Profile

(Copyright: Parker e Rosen, 1989)
(Versione Italiana: Zizolfi, 1994)

ISTRUZIONI

Si prega di completare la scala, nelle pagine seguenti, in base al funzionamento generale del soggetto negli ultimi tre mesi.

Per funzionamento generale si intende quello al di fuori delle crisi, degli episodi e dei prodromi di malattia.

Rispondere a tutti gli items applicando una crocetta sul quadratino conseguente alla descrizione più appropriata.

Esempio:

Per esempio, se si ritiene che il soggetto presenta solo di rado un particolare comportamento, segnare una crocetta o evidenziare come segue:

4	3			1
Sempre	Di solito si			Mai

1) Ha in genere difficoltà a iniziare e mantenere la conversazione?

4	3	2	1
Nessuna difficoltà	Lieve difficoltà	Discreta difficoltà	Notevole difficoltà

2) È spesso importuno e si intromette fuori luogo nella conversazione di altre persone (ad esempio, vi interrompe mentre state parlando)?

4	3	2	1
Mai importuno	Un po' importuno	Abbastanza importuno	Molto importuno

3) È di solito socialmente isolato?

4	3	2	1
No, affatto	Un po'	Abbastanza	Del tutto o quasi

4) Si mostra per lo più cordiale con gli altri?

4	3	2	1
Molto	Abbastanza	Poco	No, affatto

5) È in genere suscettibile o irascibile?

4	3	2	1
No, affatto	Un po'	Abbastanza	Molto

6) Di solito si offende facilmente?

4	3	2	1
No	A volte	Abbastanza facilmente	Molto facilmente

7) Guarda per lo più gli altri negli occhi, quando parla con loro?

4	3	2	1
In misura appropriata	In misura un po' ridotta	In misura molto ridotta	Quasi mai

8) È spesso difficile da capirsi a causa del suo modo di parlare (oscuro, disordinato o confuso)?

4	3	2	1
No	Un po'	Abbastanza difficile	Molto difficile

9) Parla in genere di idee strane e bizzarre?

4	3	2	1
No	Un po'	Abbastanza strane	Molto strane

10) Si presenta generalmente bene (ben vestito e con i capelli in ordine)?

4	3	2	1
Si	Abbastanza	Poco in ordine	Aspetto pessimo

11) L'aspetto esteriore (espressione del viso, mimica, gesti) è per lo più adeguato alle circostanze?

4	3	2	1
Si, adeguato	Un po' bizzarro o inadeguato	Abbastanza bizzarro o inadeguato	Molto bizzarro o inadeguato

12) Si lava senza che ci sia bisogno di ricordarglielo?

4	3	2	1
Si, in genere	A volte	Di rado	Mai

13) Emana spesso un odore sgradevole (dal corpo, dall'alito, dai vestiti)?

4	3	2	1
No, affatto	Un po' sgradevole	Abbastanza sgradevole	Molto sgradevole

14) Indossa di solito abiti puliti, e si preoccupa che vengano lavati se sporchi?

4	3	2	1
Si, sempre	Abbastanza puliti	Poco puliti	Sporchi

15) Trascura in genere la propria salute fisica?

4	3	2	1
No	Un po'	Abbastanza	Completamente

16) Segue di solito una dieta alimentare?

4	3	2	1
Nessun problema	Qualche problema di dieta	Discreti problemi	Gravi problemi

17) Si preoccupa per lo più di assumere regolarmente la terapia consigliata (e rispetta gli appuntamenti per le iniezioni) senza che ci sia bisogno di ricordarglielo?

4	3	2	1
Affidabile	Un po' affidabile	Poco affidabile	Inaffidabile

18) Assume volentieri gli psicofarmaci prescritti dal medico?

4	3	2	1
Sempre	Di solito	Di rado	Mai

19) In genere collabora con i servizi sanitari (medici e/o altri operatori sociosanitari)?

4	3	2	1
Sempre	Di solito	Di rado	Mai

20) È per lo più inattivo (ad esempio, passa la maggior parte del tempo, seduto o in piedi, senza far nulla)?

4	3	2	1
No, affatto	Un po' inattivo	Abbastanza	Del tutto

21) Si interessa di solito in modo stabile ad hobby, sport o altre attività nelle quali è regolarmente impegnato?

4	3	2	1
Sì, molto	Abbastanza	Poco	No, affatto

22) Frequenta una qualche organizzazione sociale (chiesa, club o gruppi all'infuori di terapie psichiatriche di gruppo)?

4	3	2	1
Spesso	A volte	Di rado	Mai

23) Se necessario, è in grado di prepararsi da solo da mangiare?

4	3	2	1
Sì, è capace	Qualche difficoltà	Discrete difficoltà	Non in grado

24) È di solito capace di gestire da solo il denaro necessario per vivere con i propri mezzi?

4	3	2	1
Sì, è capace	Qualche difficoltà	Discrete difficoltà	Non in grado

25) Ha spesso problemi di convivenza (disaccordo, litigi) con chi vive in casa assieme a lui/lei?

4	3	2	1
Non rilevanti	Qualche problema	Abbastanza	Notevoli

26) Quale tipo di lavoro è in genere in grado di svolgere (anche se disoccupato, in pensione o impegnato in lavori domestici non retribuiti)?

4	3	2	1
A tempo pieno	Part-time	Lavoro protetto	Nessuno

27) Si comporta in modo spericolato (ad esempio, ignorando il traffico mentre attraversa la strada)?

4	3	2	1
No, mai	Di rado	A volte	Spesso

28) Distrugge oggetti e beni?

4	3	2	1
No, mai	Di rado	A volte	Spesso

29) Si comporta in maniera offensiva o scorretta (incluso sul piano sessuale)?

4	3	2	1
No, mai	Di rado	A volte	Spesso

30) Presenta una serie di abitudini o comportamenti che la maggior parte delle persone giudicherebbe sconvenienti (ad esempio, sputare, lasciare in giro mozziconi accesi di sigaretta, insudiciare i gabinetti, sbrodolarsi mentre mangia)?

4	3	2	1
No, mai	Di rado	A volte	Spesso

31) Perde oggetti personali?

4	3	2	1
No, mai	Di rado	A volte	Spesso

32) Invade lo spazio altrui (stanze, ambienti riservati)?

4	3	2	1
No, mai	Di rado	A volte	Spesso

33) Si appropria di oggetti che non sono suoi?

4	3	2	1
No, mai	Di rado	A volte	Spesso

34) È violento nei confronti di altri?

4	3	2	1
No, mai	Di rado	A volte	Spesso

35) Ha comportamenti auto-aggressivi?

4	3	2	1
No, mai	Di rado	A volte	Spesso

36) Ha problemi con la polizia?

4	3	2	1
No, mai	Di rado	A volte	Spesso

37) Abusa di alcol, droghe o farmaci?

4	3	2	1
No, mai	Di rado	A volte	Spesso

38) Si comporta in maniera irresponsabile?

4	3	2	1
No, mai	Di rado	A volte	Spesso

39) Fa spesso amicizie e riesce a mantenerle?

4	3	2	1
Sì, bene	Con qualche difficoltà	Con molta difficoltà	No, affatto

LSP – Life Skills Profile - Risultati

Nome _____	Cognome _____	Età _____
Luogo di nascita _____		Data di nascita _____
Sesso _____	Stato civile _____	Occupazione _____

Rater _____	Data esame _____	N: ____ / ____
-------------	------------------	----------------

Istruzioni per l'attribuzione dei punteggi

Il Life Skills Profile mira a valutare i punti di forza così come le aree di disabilità nell'adattamento psicosociale.

Ad ogni item corrisponde un punteggio di 4, 3, 2, 1, dall'estremo positivo, a sinistra, cui corrisponde il maggior livello di adattamento, all'estremo negativo, a destra, passando per i punteggi intermedi. È possibile calcolare un punteggio totale, sommando i punteggi a tutti i 39 item, e 5 punteggi distinti relativi ad altrettante scale individuate in base all'analisi fattoriale:

- **Cura di sé** (sommare i punteggi agli item 10, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 26, 30)
- **Non turbolenza** (sommare i punteggi agli item 5, 6, 25, 27, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 37, 38)
- **Contatto sociale** (sommare i punteggi agli item 3, 4, 20, 21, 22, 39)
- **Comunicatività** (sommare i punteggi agli item 1, 2, 7, 8, 9, 11)
- **Responsabilità** (sommare i punteggi agli item 17, 18, 19, 31, 33)

PUNTEGGI

- **Cura di sé** _____
- **Non Turbolenza** _____
- **Contatto Sociale** _____
- **Comunicatività** _____
- **Responsabilità** _____

Punteggio Totale _____

La presente comunicazione trasmessa solo via FAX, sostituisce l'originale ai sensi dell' Art. 6, comma 2, Legge 412/1991

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

**Dipartimento Salute Mentale,
Dipendenze Patologiche e
Neuropsichiatria dell' infanzia e
dell'adolescenza**

**Al Dott.
XII Servizio UPLMO**

Oggetto: Addendum per richiesta attivazione tirocinio Sig.

Atto di autorizzazione per il/la Sig. _____ convenzione n. _____ del
_____ relativo all' attivazione del tirocinio formativo L.68/99/tirocinio o di inclusione fino
al termine dell' attività di cui trattasi, presso l'ente ospitante _____

Il Direttore del DSM

Il Direttore Generale ASP

Al centro per l'impiego di Palermo
Via Praga, 29 90146 – Palermo
Tel 0917079827-fax.0917079810
ulpac00@regione.sicilia.it
cpi.pa@certmail.regione.sicilia.it

Oggetto: richiesta proroga tirocinio formativo e di orientamento e/o di inserimento al lavoro

In riferimento al tirocinio di orientamento e/o di inserimento al lavoro, numero di convenzione _____ del _____, stipulato dal Direttore dell' ASP di Palermo _____ e dal rappresentate legale dell'Ente _____ in favore del tirocinante sig.re/ra _____

si rende noto che il percorso ha dato esiti positivi.

Tuttavia si ritiene necessario proseguire l' attività di tirocinio per conseguire pienamente gli obiettivi formativi e consolidare l raggiungimento dei risultati ottenuti.

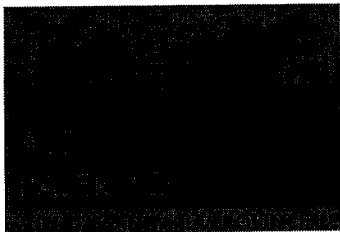
Pertanto si richiede proroga per mesi 12.

Palermo li

Firma del tirocinante

Firma Referente Struttura Ospitante

Firma Tutor Azienda Proponente ASP



Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

**Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze
Patologiche e Neuropsichiatria dell'
infanzia e dell'adolescenza**

EMAIL dip.salutementale@asppalermo.org

Sede Direzione

Via Pindemonte n. 88
90129 Palermo

DICHIARAZIONE RINUNCIA TIROCINIO

Il Sottoscritto sig.re/ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in Via _____

Dichiara di rinunciare al :

☐ tirocinio Formativo L.68/99

☐ tirocinio Inclusivo

Convenzione n° _____ del _____

Attivato dal servizio _____

per motivi _____

DATA

FIRMA
