

## PROTOCOLLO di INTESA

Per la realizzazione delle azioni previste dalla DGR n.1455 del 22/12/2014 "Modificazioni delle DGR 1463/12, 1506/13 e 769/14 concernenti gli indirizzi ed i criteri per l'attività di inclusione sociale-lavorativa di persone con problemi di dipendenza" – integrata con DGR n.22/2014- e dalla DGR n.531 del 06/07/2015 "Attuazione DGR 747/04 – Definizione degli indirizzi e dei criteri di ripartizione economiche per l'inclusione sociolavorativa di persone con dipendenze patologiche – Anno 2015 -"

Premesso che:

- La Giunta Regionale delle Marche con la DGR n. 1725 del 29/11/2010 aveva disposto – tra le altre cose - l'attivazione di un "Progetto sperimentale per l'inclusione socio-lavorativa di persone svantaggiate tossicodipendenti in trattamento, o da attrarre in trattamento" la cui continuità è stata garantita dalla DGR n. 1646 del 07/12/2011, successivamente modificata ed integrata dalla DGR 1215 del 01/08/2012.
- Al fine dell'attivazione locale del progetto di cui al punto precedente, il DDP dell'Area Vasta 4 aveva individuato la Provincia di Fermo - Centro per l'Impiego - quale Ente Promotore, stipulando con la Provincia stessa un Protocollo d'Intesa di Area Vasta armonizzato al "Protocollo d'Intesa metodologico-operativo tra la Provincia di Fermo – Settore Formazione Professionale, Scuola e Politiche del Lavoro e Settore Politiche Sociali, gli Ambiti Territoriali Sociali XIX e XX e l' A.S.U.R. Zona Territoriale n. 11 di Fermo per la definizione di percorsi integrati finalizzati al recupero sociale e all'integrazione lavorativa di persone con disabilità fisica, psico-fisica (intellettiva), sensoriale, psichica (psichiatrica)" del 25/03/2011.
- Con gli atti deliberativi nn. 1463/12, 1506/13 e 769/14 la Giunta regionale ha definito indirizzi e criteri e stanziato risorse per la realizzazione di attività di inclusione socio lavorativa di persone con problemi di dipendenza in continuità con le precedenti annualità, confluiti nella DGR n.1455 del 22/12/2014 – integrata con DGR n.22/2014 - che detta nuovi ed uniformi criteri e definisce nuove scadenze progettuali per l'anno 2015.
- Con DGR n.531 del 06/07/2015 la Giunta Regionale ha inoltre stanziato risorse utilizzabili –tra l'altro - quale potenziamento del programma di cui alla DGR n.1455/14– integrata con DGR n.22/2014-.
- Nella seduta del 03 giugno 2015 il Comitato del Dipartimento Dipendenze Patologiche dell' ASUR Area Vasta 4 ha stabilito:
  - di recepire quanto previsto nelle DGR n.1455/14 – integrata con DGR n.22/2014- e n.531/15 per la realizzazione in sede locale, nell'anno 2015, di attività di inclusione socio lavorativa di persone con problemi di dipendenza
  - di individuare –come già nelle precedenti annualità- quale ente promotore per l'attivazione delle stesse, la Provincia di Fermo - Centro per l'Impiego -

- di procedere nel rispetto di quanto previsto dalla DGR n.1134 del 29/07/2013 (L.R. n.2/2005, art.18: tirocini formativi – Approvazione principi e criteri applicativi sulla base delle “Linee guida in materia di tirocini” definite ai sensi dell’articolo 1, commi 34 – 36, della L 92/2012. Revoca DGR n. 608/2006 e DGR n. 1007/2008).
- In data 17/12/2013 è stato rinnovato per ulteriori tre anni il “Protocollo di Intesa Metodologico-Operativo per la definizione di percorsi integrati finalizzati al recupero sociale e all’integrazione lavorativo di persone con disabilità fisica, psico-fisica, sensoriale, psichica” tra Amministrazione Provinciale di Fermo, ATS XIX di Fermo, ATS XX di Porto Sant’Elpidio, ATS XXIV di Amandola e ASUR Area Vasta n. 4 di Fermo;
- A seguito di una serie di incontri di concertazione effettuati con i rappresentanti del DDP di questa Area Vasta e della Provincia di Fermo, nonché a seguito della riunione dell’Equipe Integrata di cui al vigente Protocollo d’Intesa metodologico-operativo, effettuata in data 28 luglio u.s., si concorda di individuare il personale addetto al Servizio Inserimento lavorativo (SIL), attualmente attivo a seguito della convenzione in essere tra AATTSS e Cooss Marche, per l’espletamento delle attività di tutoring del Progetto. Per la figura del tutor la DGR n.531 del 6/7/15 prevede che venga destinata una quota compresa tra il 10% ed il 15% del budget assegnato al DDP.
- A seguito della concertazione di cui al punto precedente, al fine di potenziare i benefici derivanti da una esperienza lavorativa con l’acquisizione di nuove competenze, si concorda di richiedere alla Regione Marche- Servizio Politiche Sociali e Sport- l’autorizzazione ad utilizzare una quota parte del fondo anno 2015 del Progetto di inclusione socio-lavorativa-corrispondente ad € 2.000 per la realizzazione di attività finalizzate all’orientamento (compilazione di un curriculum vitae, preparazione ad un colloquio di lavoro, etc.) e all’accompagnamento al lavoro (individuazione delle aziende nelle quali poter svolgere il tirocinio, colloqui di selezione in azienda, incrocio con l’azienda ospitante, etc) da svolgersi prima di procedere all’inserimento presso le aziende ospitanti. Per l’espletamento di tali attività, che si svolgeranno al Centro per l’Impiego – Servizio Inserimento Lavorativo Disabili, si prevede di avvalersi del personale addetto al Servizio Inserimento Lavorativo (SIL), attualmente attivo a seguito della convenzione in essere tra AATTSS e Cooss Marche, che continuerà a seguire i tirocinanti tramite l’attività di tutoring durante lo svolgimento dei tirocini.
- Gli Uffici competenti della Regione Marche, in data 12.08.2015, autorizzano via e-mail, l’ utilizzo di 2.000 € per gli scopi sopra descritti.
- Con Decreti del Dirigente della PF Disagio Sociale e Albi Sociali n. 60/DGI del 11/05/15 e n. 97 del 28/07/2015, sono state ripartite e liquidate all' ASUR Area Vasta 4 le risorse necessarie all'avvio del progetto per l'anno 2015.

Tutto ciò premesso

tra:



- Regione Marche - P.F. Servizi per l'Impiego, Mercato del Lavoro, Crisi Occupazionali e Produttive, rappresentata dal Dirigente Fabio Montanini;
- ASUR Marche –Area Vasta 4 (DDP corrispondente al STDP e agli Enti ausiliari accreditati e convenzionati con l'A.V. n. 4), rappresentata dal Direttore di Area Vasta, Dr. Licio Livini;
- Provincia di Fermo (FM), rappresentata dal Dirigente Settore IV - Politiche Attive del Lavoro e Formazione Professionale Dott. Fabrizio Annibali come da nota n. 304710 del 07.09.2015 del Presidente f.f.;

#### SI CONVIENE

di stipulare il presente protocollo per la realizzazione delle Azioni previste dalla DGR n.1455 del 22/12/2014 “Modificazioni delle DGR 1463/12, 1506/13 e 769/14 concernenti gli indirizzi ed i criteri per l'attività di inclusione sociale-lavorativa di persone con problemi di dipendenza” – integrata con DGR n.22/2014- e dalla DGR n.531 del 06/07/2015 “Attuazione DGR 747/04 – Definizione degli indirizzi e dei criteri di ripartizione economiche per l'inclusione sociolavorativa di persone con dipendenze patologiche – Anno 2015 -”

#### ART.1

##### OGGETTO

Con il presente Protocollo di Intesa si disciplina l'integrazione delle azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del Progetto di inclusione socio-lavorativa di persone con problemi di dipendenza da attivare ai sensi della DGR n. 1455/2014– integrata con DGR n. 22/2014- e n.531/2015

#### ART.2

##### DESTINATARI DELL'INTERVENTO E FINALITÀ

I destinatari finali del presente Protocollo sono le persone con problemi di dipendenza patologica in carico al Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche e residenti nel territorio dell'Area Vasta 4 di Fermo, per i quali si prevede di attivare un intervento volto ad offrire, con le modalità indicate nei successivi art. 3 e art. 4, un sostegno lavorativo ed economico temporaneo, nonché la possibilità di inserirsi nel mondo del lavoro, avvalendosi della consolidata rete integrata di servizi esistente da anni nel territorio della Provincia di Fermo.

#### ART.3

##### RISORSE

Le risorse per l'attivazione dei predetti percorsi di inclusione sociale-lavorativa sono quelle rese disponibili con DGR n.1455/2014– integrata con DGR n.22/2014- e DGR n.531/2015 e ripartite tra le Aree Vaste con i Decreti del Dirigente della PF Disagio Sociale e Albi Sociali n. 60/IGR del 11/05/15 e n. 97 del 28/07/2015, che ammontano rispettivamente ad € 9.596,79 ed € 10.556,47, per un totale di € 20.153,26.

Ogni costo relativo alla realizzazione del Progetto è totalmente a carico dell'ASUR A.V. n. 4 sulla base delle DGR sopra citate; non è previsto nessun costo a carico della Provincia di Fermo.

#### ART.4

##### IMPEGNI RECIPROCI

**a) L'ASUR Area Vasta 4 di Fermo**, garantirà il governo del progetto -per quanto di competenza- attraverso il Direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP), che si avvarrà degli operatori dell'Ufficio di Staff, relativamente

- alla predisposizione di atti amministrativi, alla redazione di atti di programmazione, alla partecipazione ad incontri di natura tecnico-organizzativa, compresa la partecipazione all'Equipe integrata quando necessario, alla predisposizione e alla trasmissione dei report su piattaforma informatizzata regionale;
- alla individuazione, a cura degli operatori del DDP, dei soggetti da avviare ai tirocini formativi e di orientamento mediante la compilazione delle apposite schede di cui all'allegato 2 da trasmettere al Centro per l'Impiego;
- al raccordo con l'Ente Promotore - Provincia di Fermo – Centro per l'Impiego - per quanto attiene agli aspetti di natura sociosanitaria dei Tirocini;
- alle necessarie comunicazioni con i Servizi interni all'Area Vasta 4 finalizzate alla gestione delle seguenti attività amministrative:
  - assicurazione dei tirocinanti contro gli infortuni sul lavoro presso l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), nonché presso idonea compagnia assicuratrice per la responsabilità civile verso terzi, decurtando il corrispettivo dalla quota del compenso mensile. Le coperture assicurative dovranno riguardare anche le attività eventualmente svolte dal tirocinante al di fuori dell'azienda e rientranti nel progetto formativo e di orientamento.
  - liquidazione del contributo previsto ai tirocinanti, comprensivi delle attività svolte propedeuticamente all'avvio del tirocinio, previa acquisizione degli allegati "3", "4", "5", "6" e "7", sottoscritta dal Direttore STDP attestante il regolare espletamento delle attività del tirocinante e, nel caso di attività parzialmente espletate, la comunicazione dell'eventuale percentuale di riduzione del contributo. Per questa voce sono previsti € 15.130,271;
  - assolvimento degli obblighi inerenti la funzione di Sostituto d'Imposta (es: cedolino, CUD,...)
  - liquidazione alla Cooss Marche di € 2.000 per la collaborazione prestata dal personale addetto al Servizio Inserimento Lavorativo (SIL) nello svolgimento delle attività di cui



all'allegato n. 1, previa acquisizione di breve relazione del Soggetto Promotore attestante lo svolgimento dell'attività prevista, controfirmata dal Direttore DDP;

- liquidazione alla Cooss Marche di € 3.022,989 - corrispondenti al 15% delle risorse assegnate all'Area Vasta 4- per la collaborazione prestata dal personale addetto al Servizio Inserimento Lavorativo (SIL) nella realizzazione delle previste attività di tutoring in azienda durante lo svolgimento dei tirocini, previa acquisizione di breve relazione del Soggetto Promotore attestante lo svolgimento dell'attività prevista, controfirmata dal Direttore DDP.

**b) La Provincia di Fermo**, per il tramite del Centro per l'impiego, così come individuato dal Comitato del D.D.P. con deliberazione avvenuta in data 03/06/2015, sarà l'ente promotore e garantirà:

- l'attivazione delle procedure per l'avvio dei Tirocini Formativi a carico della Provincia di Fermo – Centro per l'Impiego quale Soggetto Promotore ai sensi della DGR n. 1134/13;
- la realizzazione delle attività finalizzate all'orientamento (compilazione di un curriculum vitae, preparazione ad un colloquio di lavoro, etc.) e all'accompagnamento al lavoro (individuazione delle aziende nelle quali poter svolgere il tirocinio, colloqui di selezione in azienda, incrocio con l'azienda ospitante, etc) da svolgersi prima di procedere all'inserimento presso le aziende ospitanti secondo il piano concordato di cui all'Allegato n. 1 del presente Protocollo, avvalendosi della collaborazione prestata dal personale addetto al Servizio Inserimento Lavorativo (SIL), attualmente attivo a seguito della convenzione in essere tra AATTSS e Cooss Marche;
- la trasmissione di una breve relazione attestante lo svolgimento delle attività propedeutiche previste all'avvio dei tirocini, di cui all'Allegato n. 1 del presente Protocollo;
- le necessarie comunicazioni con i Servizi di riferimento dell'Area Vasta n. 4 finalizzate alla gestione delle attività amministrative di competenza.

#### ART.5

##### REPORT E RENDICONTO COSTI

Il Direttore del DDP AV4, avvalendosi degli operatori dell'Ufficio di staff, dovrà trasmettere alla Regione la richiesta di anticipo e, secondo le modalità previste dai competenti Uffici Regionali (piattaforma informatizzata), una rendicontazione delle spese sostenute.

#### ART. 6

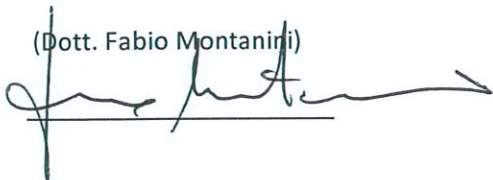
##### DISPOSIZIONI FINALI

Il presente protocollo ha validità dalla data di sottoscrizione e fino al 31/12/2015.

Fermo, li \_\_\_\_\_

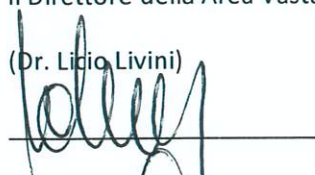
Il Dirigente P.F. Servizi per l'Impiego, Mercato del Lavoro, Crisi Occupazionali e Produttive della Regione Marche

(Dott. Fabio Montanini)



Il Direttore della Area Vasta 4 di Fermo

(Dr. Licio Livini)



Il Dirigente Settore IV - Politiche Attive del Lavoro e Formazione Professionale - della Provincia di Fermo

**IL SEGRETARIO GENERALE**

*Dott. Fabrizio Annibali*



## **ATTIVITA' DI ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO/ACCOMPAGNAMENTO PROPEDEUTICA ALL'AVVIO DEI TIROCINI FORMATIVI**

In attuazione della DGR n 531 del 06/07/2015 "Progetto ASUR per l'inclusione socio-lavorativa di persone con dipendenze patologiche" si organizza un'attività propedeutica all'avvio dei Tirocini Formativi, così come di seguito indicato:

**DURATA:** dal 14/09/2015 al 30/09/2015.

**SEDE:** Centro per l'Impiego di Fermo – Ufficio Collocamento Mirato.

**ORGANIZZAZIONE:**

- Incontro preliminare dei soggetti a cui è rivolto l'intervento, con le operatrici del Servizio SIL per l'acquisizione di elementi conoscitivi di ogni singolo tirocinante anche tramite l'esame della relativa Scheda di Presa in Carico inviata dal Servizio DDP dell'Asur (schede elaborate dalla Equipe Integrata della Provincia di Fermo);
- Incontri di orientamento in collaborazione con il personale del Centro per l'Impiego (sociologa, psicologa) dove saranno affrontati i seguenti argomenti: compilazione del C.V., come presentarsi ed affrontare un colloquio di lavoro, i servizi e funzione del Centro per l'Impiego;
- Individuazione da parte delle operatrici SIL e operatrici del Centro per l'Impiego dei soggetti ospitanti con abbinamento tirocinante/azienda e successivo accompagnamento del soggetto a colloquio.

**TOTALE ORE PER OGNI TIROCINANTE E RELATIVO COSTO:** Il percorso di Orientamento/Accompagnamento corrisponderà per ogni tirocinante a 20 ore di tirocinio formativo

## Servizio Inserimento Lavorativo SCHEDA INVIO

### 1. Obiettivi dell'invio o dell'inserimento lavorativo:

- ☐ Potenziale 68
- ☐ Potenziale Borsa Lavoro Socio Assistenziale L.R.18
- ☐ Potenziale Borsa Lavoro di Preinserimento L.R.18
- ☐ Altro.....

### 2. Dati Struttura Inviante:

Servizio Inviante		
Referente		
Indirizzo		
Contatti	Telefono	
	Cellulare	
	E-mail	

### 3. Dati personali utente inviato:

Cognome e Nome														
Luogo e data di Nascita														
Codice Fiscale														
Cittadinanza														
Stato civile														
Genere	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F													



Titolo di studio			
	Conseguito presso		
	Anno		
Indirizzo Residenza	Via		N°
	CAP	Città	Provincia
Indirizzo Domicilio	Via		N°
	CAP	Città	Provincia
Contatti	Telefono		
	Cellulare		
	E-mail		
Patente/i tipo			
Automunito	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so		

#### 4. Informazioni generali su aspetti amministrativo/burocratici:

- Invalidità Civile/Inail                      ☐ SI            ☐ NO            ☐ IN CORSO  
     Percentuale \_\_\_\_\_                      Eventuale Data Scadenza: \_\_\_\_\_
- Tipo di invalidità:                            ☐ F            ☐ P            ☐ I            ☐ S
- Diagnosi Funzionale L.68/99                ☐ SI            ☐ NO            ☐ IN CORSO  
     Percentuale \_\_\_\_\_                      Eventuale Data Scadenza: \_\_\_\_\_

➤ Accertamento Handicap L.104/92   ☐ SI                      ☐ NO                      ☐ IN CORSO

➤ Il lavoratore è iscritto nelle liste di immediata disponibilità al lavoro del CIOF ai sensi della Legge 68/99?                      ☐ SI                      ☐ NO                      ☐ NON SO

➤ Il lavoratore è iscritto nelle liste di immediata disponibilità al lavoro del CIOF ai sensi della D.lgs 297/2002?                      ☐ SI                      ☐ NO                      ☐ NON SO

☐ PRIMO INVIO

☐ RE-INVIO

## 5. Equipe di riferimento

<b>Medico (qualifica)</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO
Nominativo	Contatti

<b>Psicologo/a</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO
Nominativo	Contatti

<b>Infermiere/a</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO
Nominativo	Contatti

<b>Assistente Sociale</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO
Nominativo	Contatti

<b>Educatore Professionale</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO
--------------------------------	---

Nominativo	Contatti
------------	----------

➤ **Inserito in Centro Diurno**      ☐ SI      ☐ NO      ☐ NON SO

Data di inserimento \_\_\_\_\_

Struttura di riferimento		
Indirizzo		
Contatti	Telefono	
	Cellulare	
	E-mail	

➤ **Inserito in Residenza**      ☐ SI      ☐ NO      ☐ NON SO

Data di inserimento \_\_\_\_\_ Data di Dimissione \_\_\_\_\_

Struttura di riferimento		
Indirizzo		
Contatti	Telefono	
	Cellulare	
	E-mail	

**6. Aree problematiche dello stato di salute del lavoratore (barrare più caselle se fosse necessario):**

- ☐ psichica/psichiatrica
- ☐ handicap fisico
- ☐ ritardo cognitivo
- ☐ problemi sociali
- ☐ dipendenza



☐ altro

**7. Informazioni generali sulle esperienze lavorative pregresse:**

- Il lavoratore ha avuto in passato esperienze lavorative o impegni simili al lavoro, di qualsiasi natura? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO

Se SI, in che settore?

<input type="checkbox"/> Pubblico	<input type="checkbox"/> Privato	<input type="checkbox"/> Sanitario	<input type="checkbox"/> Istruzione/Ricerca
<input type="checkbox"/> Enti o Organismi Governativi	<input type="checkbox"/> Amm.ni Locali	<input type="checkbox"/> Amm.ne Pubblica	<input type="checkbox"/> Industria Farmaceutica
<input type="checkbox"/> Industria Chimica	<input type="checkbox"/> Industria Elettrica	<input type="checkbox"/> Industria Elettronica	<input type="checkbox"/> Industria Informatica
<input type="checkbox"/> Industria Metal Mecc.	<input type="checkbox"/> Industria Tessile	<input type="checkbox"/> Industria manifatturiera	<input type="checkbox"/> Organizzazione Religiosa
<input type="checkbox"/> Libero Professionista	<input type="checkbox"/> Agricoltura	<input type="checkbox"/> Trasporti	<input type="checkbox"/> Poste Telecomunicazioni
<input type="checkbox"/> Commerciante	<input type="checkbox"/> Militare	<input type="checkbox"/> Vigile del fuoco	<input type="checkbox"/> Protezione Civile
<input type="checkbox"/> Radio/Televisione	<input type="checkbox"/> Viaggio/Turismo	<input type="checkbox"/> Industria Alberghiera	<input type="checkbox"/> Ristorazione
<input type="checkbox"/> Organizzazione Volontariato	<input type="checkbox"/> Organizzazione Politica	<input type="checkbox"/> Industria tecnologica	<input type="checkbox"/> Edilizia
<input type="checkbox"/> Altro			

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Il lavoratore, in uno o più settori sopra descritti, che tipo di ruolo copriva all'interno del posto di lavoro?

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

- Il lavoratore, a livello generale, quando ha svolto le attività lavorative di cui sopra, di quale “strumento” ha usufruito?

<input type="checkbox"/> Contratto regolare	<input type="checkbox"/> Contratto atipico	<input type="checkbox"/> Borsa Lavoro Socio Assist. L.R. 18/96
<input type="checkbox"/> Tirocinio 68/99	<input type="checkbox"/> Borsa Preinserimento	<input type="checkbox"/> Volontariato
<input type="checkbox"/> Senza Contratto	<input type="checkbox"/> Non So	<input type="checkbox"/> Borsa Lavoro di Preinserimento L.R. 18/96
<input type="checkbox"/> Altro		

Note \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### 8. Informazioni sulle condizioni socio/economiche e familiari

- Il lavoratore ha delle difficoltà economiche? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Il lavoratore attualmente svolge un'attività lavorativa o un'occupazione? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO

Specificare: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Se SI, da quanto tempo?

- ☐ meno di 1 mese ☐ fino a 6 mesi ☐ 6/12 mesi  
☐ 12/18 mesi ☐ 12/24 mesi ☐ più di 24 mesi

Se NO, da quanto tempo non lavora?

- ☐ meno di 1 mese ☐ fino a 6 mesi ☐ 6/12 mesi  
☐ 12/18 mesi ☐ 12/24 mesi ☐ più di 24 mesi

**NOTE**

Se ci fosse qualcosa di importante da aggiungere usare questo spazio libero:

---

---

---

---

Data e luogo di compilazione \_\_\_\_\_

**Firma Lavoratore**

**Timbro e Firma Referente**

---

---

**Informativa ai sensi del Decreto legislativo 196/2003, articolo 13**

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 La informiamo che:

- il trattamento dei dati personali e sensibili da Lei forniti sarà effettuato attraverso supporti cartacei e/o informatici. In particolare, i dati raccolti verranno inseriti in un'apposita banca dati elettronica e potranno confluire nella Borsa Continua Nazionale del Lavoro, di cui all'art. 15 del D. Lgs. 276/2003.
- titolare del trattamento è \_\_\_\_\_;
- responsabile del trattamento è \_\_\_\_\_;
- in ogni momento Lei potrà esercitare i suoi diritti (cancellazione, modificazione, integrazione, etc.) nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Decreto legislativo 196/2003, scrivendo al seguente indirizzo:

---

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## SCHEDA SPECIALISTICA

(CARTA INTESTATA DEL SERVIZIO CHE HA IN CARICO IL LAVORATORE)

### Relazione Specialistica del Servizio

☐ DSM

☐ DDP

☐ UMEA

☐ UMEE

**in favore di:**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

#### MOTIVAZIONE DEL LAVORATORE

---

---

---

---

---

---

#### PROFILO DINAMICO/RELAZIONALE

---

---

---

---

---

---

#### FINALITA' DEL PROGETTO

---

---

---

---

---

---

## OBIETTIVO DELL'INSERIMENTO

specificare se trattasi di :

- ☐ Borsa Lavoro Socio Assistenziale, L.R. 18/96
- ☐ Borsa Lavoro di Preinserimento, L.R.18/96
- ☐ Inserimento Lavorativo L. 68/99

## CARATTERISTICHE DEL PROGETTO

- *MANSIONI LAVORATIVE:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Manuali con possibilità di sforzo fisico   | <input type="checkbox"/> Ripetitive                               |
| <input type="checkbox"/> Manuali senza possibilità di sforzo fisico | <input type="checkbox"/> Con utilizzo di apparecchiature manuali  |
| <input type="checkbox"/> Di Concetto                                | <input type="checkbox"/> Con utilizzo di apparecchiature tecniche |
| <input type="checkbox"/> Con utilizzo di PC                         | <input type="checkbox"/> Con utilizzo del Telefono                |

- *CARATTERISTICHE DELL'AZIENDA:*

Dimensione dell'Azienda: \_\_\_\_\_

- Tipo di Organizzazione del Lavoro Aziendale:

- ☐ Individuale
- ☐ In coppia
- ☐ In piccoli gruppi
- ☐ Catena di montaggio

- Contesto Lavorativo Aziendale: ☐ All'aperto  
☐ Al chiuso

- **MODALITA' DI SVOLGIMENTO:**

- Orario Settimanale: \_\_\_\_\_
- Durata: \_\_\_\_\_

- **SUPPORTI AZIENDALI**

- ☐ Tutor
- ☐ Supervisore
- ☐ Ausili per la postazione lavorativa
- ☐ Altro \_\_\_\_\_

**VERIFICHE DEL PROGETTO ad opera di:**

- TUTOR ESTERNO: ☐ Mensile ☐ Trimestrale ☐ Semestrale
- TUTOR INTERNO : ☐ Mensile ☐ Trimestrale ☐ Semestrale

(Con il Servizio di Riferimento)

- DELL'EQUIPE TERRITORIALE: ☐ Mensile ☐ Trimestrale ☐ Semestrale
- COLLOQUI DI SOSTEGNO

Servizio S. con il Soggetto: ☐ Quindicinali ☐ Mensili ☐ Bimestrali

Firma per l'Equipe Specialistica

\_\_\_\_\_



## CONTRATTO DI TIROCINIO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_

### DICHIARO

CHE RISPETTERO' GLI OBIETTIVI CONCORDATI E LE CONDIZIONI POSTE DAGLI OPERATORI PER LO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO, IN PARTICOLARE ACCETTO:

- di sottopormi ai controlli tossicologici-urinari o ematochimici concordati con cadenza:

\_\_\_\_\_;

- di effettuare i colloqui ..... di verifica del Tirocinio con l'Assistente sociale di riferimento;

sono informato inoltre :

- che l'intervento è finanziario ed è a carico dei seguenti Enti:

\_\_\_\_\_

- che il Tirocinio non si configura come rapporto di lavoro, né dà luogo ad alcun obbligo di assunzione da parte della Ditta ospitante;

- che il mantenimento del Tirocinio è in stretta relazione al buon andamento del programma terapeutico/o di Follow-up

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

## Rilevazione delle Presenze

### Attività Propedeutica all'Avvio dei Tirocini

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

Luogo di svolgimento dell'attività : **Provincia di Fermo – Centro per l'Impiego**

GIORNO	ATTIVITA' SVOLTA			ORE DI PRESENZA	FIRMA PARTECIPANTE	FIRMA OPERATORE
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----
-----				-----	-----	-----

---				---	---	---	
---				---	---	---	
---				---	---	---	
---				---	---	---	
---				---	---	---	
---				---	---	---	
---				---	---	---	
---				---	---	---	
---				---	---	---	
---				---	---	---	
---				---	---	---	
---				---	---	---	
---				---	---	---	
---				---	---	---	
---				---	---	---	

\* Nei giorni in cui il tirocinante non risulta presente, apporre la dicitura ASSENTE

TOTALE ORE DI PRESENZA

Tirocinio Conv FM / del	Provincia di Fermo
Soggetto Ospitante:	Settore Politiche del Lavoro e Formazione Professionale
Tirocinante:	Centro per l'Impiego di FERMO

[illegible]

La Responsabile del Centro per l'Impiego  
Dott.ssa Catini Francesca

Validazione CIOF - Centro per l'Impiego di FERMO



ID \_\_\_\_\_

Spett.le: Direttore UOC Personale ASUR AV4

Via Zeppilli, 18

63900 FERMO

Direttore UOC Bilancio ASUR AV4

Via Zeppilli, 18

63900 FERMO

OGGETTO: Liquidazione compenso al tirocinante Sig. \_\_\_\_\_.

Mese di \_\_\_\_\_

Si comunica che il/la Sig. \_\_\_\_\_ tirocinante presso la ditta  
come da convenzione di tirocinio stipulata dal \_\_\_\_\_ (Ente promotore) del \_\_\_\_\_, a valere  
sul fondo di cui alla Determina ASUR(o AV4) n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, per il Mese di \_\_\_\_\_, come risulta da foglio di  
rilevazione delle presenze allegato, ha effettuato una percentuale di ore compresa:

tra il 75% ed il 100%	delle ore di presenza richieste pertanto si chiede l'erogazione di	€ 400,00
tra il 65% ed il 75%	delle ore di presenza richieste pertanto si chiede l'erogazione di	€ 300,00
tra il 50% ed il 65%	delle ore di presenza richieste pertanto si chiede l'erogazione di	€ 200,00

Pregasi voler liquidare l'importo tramite:

cassa/accredito in c/c.....

Il Direttore

\_\_\_\_\_

## SCHEDA TIROCINANTE

### Dati del tirocinante

Cognome e nome .....

Comune di nascita .....

data di nascita .....

Comune di residenza .....

Indirizzo .....

Comune di domicilio e indirizzo (se diverso da quello di residenza).....(A CUI INVIARE IL MANDATO)

Codice Fiscale .....

### Liquidazione tramite:

☐ CASSA TESORERIA BANCA DELLE MARCHE

☐ ACCREDITO in c/c n \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

codice IBAN \_\_\_\_\_

☐ ASSEGNO

---