

**DOMANDA DI ISCRIZIONE TIROCINIO PROFESSIONALE**

(da compilarsi dal Responsabile del Tirocinante unitamente al Tirocinante)

PIANO FORMATIVO PER IL TIROCINIO PROFESSIONALE

**SEZ. 1 - GENERALITA' DEI SOGGETTI INTERESSATI**

**Dati del Tirocinante:**

Nome		Cognome	
------	--	---------	--

nato/a		il (gg/mm/aa)	
--------	--	---------------	--

residente a		Prov.	
-------------	--	-------	--

Via/P.zza		N.		Cap	
-----------	--	----	--	-----	--

Tel		Cell		E-mail	
-----	--	------	--	--------	--

Domicilio	
-----------	--

(se diverso dalla residenza)

Cod. Fiscale	
--------------	--

Laurea	(Univ)	(Corso di studi)	(Classe di Laurea)
--------	--------	------------------	--------------------

In data	
---------	--

Soggetto portatore di handicap	SI
(il dato sarà trattato ai sensi della Legge 21 Dicembre 1996, n.675)	NO

**Albo in relazione al quale si domanda di svolgere il Tirocinio**

Sezione		Settore	
Dati relativi al Soggetto Ospitante		Reg. S.O. n./data (a cura degli uffici)	
Architetto/Associazione Architetti/ Studi prof./Soc. di Ingegneria/S.T.P/Impresa/ Società/Cooperativa del settore /Fondazione/Ente Pubblico			

Sede Legale	
Indirizzo Sede del Tirocinio (solo se diversa dalla sede legale, eventualmente indicare più sedi)	

**ALLEGATO A**

Resp. del Tirocinante	Arch.	
-----------------------	-------	--

Iscritto all'Ordine di (Ge/Im/Sp./Sv) .....	N. di Iscrizione .....	Sezione .....	Settore .....
--	---------------------------	------------------	------------------

**Dettagliata descrizione della postazione e strumentazione a disposizione del tirocinante** (max 1500 battute)

**SEZ. 2 GENERALITA' DEL TIROCINIO**

Ordine di .....
-----------------

Periodo di riferimento del tirocinio	Da Mese: .....	A Mese: .....
Durata stimata del tirocinio (n. ore a settimana)		
Modalità di svolgimento (Orari ecc)		
Eventuale precedente tirocinio (svolto presso altro S.O)	Da Mese: .....	A Mese: .....
Eventuale precedente tirocinio (svolto presso altro S.O)	Da Mese: .....	A Mese: .....
Eventuale precedente tirocinio (svolto presso altro S.O)	Da Mese: .....	A Mese: .....

Disponibilità a corrispondere un contributo al tirocinante	SI	NO	IMPORTO (a settimana)
--	----	----	-----------------------

In base all'art.4 della Convenzione "Il Tirocinio Professionale non costituisce rapporto di lavoro" e gli Ordini e l'Università non sono parti, né tantomeno sono da considerarsi quali intermediari del rapporto intercorrente tra Soggetto Ospitante e Tirocinante. Il regime fiscale applicabile al rimborso è concordato direttamente tra le parti.

**Soggetti Aderenti**

Ordine di .....
-----------------

**Polizze Assicurative**

La Copertura infortuni del tirocinante **senza accesso** ai cantieri sarà garantita dall'Università, mentre quella **con accesso ai cantieri e l'Rc verso terzi** saranno a carico di S. O./Tirocinante, in base ai loro accordi.

**SEZ. 3 DESCRIZIONE DEL PIANO FORMATIVO**

**PROGRAMMA DETTAGLIATO DELLE ATTIVITA' FORMATIVE**

Le attività strutturate di tirocinio professionale esonerano dalla prova pratica per l'iscrizione alla Sezione A e alla Sezione B dell'Albo e dei rispettivi Settori ai sensi dell'art. 17 e 18 D.P.R. 5 giugno 2001, n. 328.

Il programma delle attività formative è finalizzato all'acquisizione di competenze per l'iscrizione della Sezione e del Settore dell'Albo in relazione ai quali si sosterrà l'Esame di Stato.

**Descrizione delle attività concordate da riferire, tenuto conto che per la Sezione A dell'Albo sono necessarie almeno 18 competenze distribuite in tutti gli ambiti da A a F, di cui almeno 2 riferite alla lettera A e almeno 5 riferite alla lettera D. Per la Sezione B dell'Albo sono necessarie almeno 9 competenze distribuite in tutti gli ambiti da A a E, di cui almeno 2 riferite alla lettera A e almeno 3 riferite alla lettera D**

Descrizione delle attività concordate:

**(Indicare le competenze selezionate tra quelle di cui all'art.4 della Convenzione e descrivere le attività previste)**

**Obiettivi e modalità di svolgimento del Tirocinio**

Preso visione di tutta la documentazione di riferimento e debitamente compilato in ogni sua sezione i soggetti interessati sottoscrivono il presente piano formativo e si impegnano ad attuarlo nelle modalità previste ognuno per la parte di competenza.

**Le parti dichiarano di avere preso visione e di accettare integralmente quanto disposto dalla Convenzione.**

....., Li.....

**Firma del Tirocinante** .....

**Firma del Responsabile del Tirocinante** .....

**Firma del Soggetto Ospitante** .....

(Legale rapp./Resp. Settore)