



# Regione Siciliana

Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro

Dipartimento Regionale del Lavoro, dell'Impiego, dell'orientamento, dei servizi e delle attività formative



## ALLEGATO E

**PROGETTO DI TIROCINIO DI INCLUSIONE SOCIALE finanziato a valere sulle risorse della Quota Servizi del Fondo Povertà annualità 2018**

### PROROGA

Rif. Convenzione n. \_\_\_\_\_ stipulata in data \_\_\_\_\_ Prot. \_\_\_\_\_

#### Tirocinante

Nome, Cognome: _____;
Area di inserimento: _____;

#### Soggetto ospitante

Ragione sociale: _____;
Sede legale: _____;
Indirizzo, numero civico, comune _____;
Telefono, e-mail _____;
<b>Unità produttiva sede del tirocinio</b> (compilare se diverso da sede legale):
_____;
Indirizzo, numero civico, comune _____;
Telefono, e-mail _____;
<b>Tutor aziendale:</b> _____;

Il Servizio di presa in carico \_\_\_\_\_, rappresentato dal Referente \_\_\_\_\_, in relazione al progetto di tirocinio finalizzato all'inclusione sociale sottoscritto in data \_\_\_\_\_ ed avente validità dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, comunica la necessità che lo stesso venga prorogato a partire dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_<sup>1</sup>.

Si autorizza il trattamento dei dati indicati ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i..

**Le parti interessate concordano sui termini indicati nella presente comunicazione.**

<sup>1</sup> Il Progetto di Tirocinio può essere prorogato, anche più volte, ognuna delle quali al massimo per la stessa durata del Progetto di Tirocinio entro il limite di 24 mesi.

Luogo e data \_\_\_\_\_<sup>2</sup> Firma Referente \_\_\_\_\_

Firma Soggetto ospitante \_\_\_\_\_

Firma Soggetto promotore \_\_\_\_\_

Firma Tirocinante \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> La proroga del Progetto del Tirocinio va attivata prima della scadenza dello stesso.