



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE

M



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

Allegato 7

TIROCINIO DI INCLUSIONE SOCIALE REGISTRO DELLE PRESENZE

Rif. Convenzione	Prot. n°	del
Ente promotore		
Tutor e/o Referente	Nome e cognome:	
	Nome e cognome:	
Tirocinante		
Data e luogo di nascita		
Periodo di tirocinio	dal:	al:
Qualifica oggetto del tirocinio		
Soggetto ospitante		
Sede del tirocinio		
Tutor	Nome e cognome:	
	Mail:	

N.B. Il tirocinante è tenuto a rispettare l'orario concordato nel Progetto Formativo. Le firme del tirocinante e del tutor del soggetto ospitante vanno apposte per ogni

DICHIARAZIONE DI FREQUENZA

Le giornate di effettiva presenza del tirocinante sono state _____ (n. giornate), pari ad un numero complessivo di _____ ore.

Il presente registro è stato chiuso in data ___ / ___ / ___, giorno in cui è terminato il tirocinio.

Dopo averlo revisionato, si conferma che lo stesso è tenuto correttamente e regolarmente firmato dal tirocinante.

Data, ___ / ___ / ___

Firma tutor del soggetto ospitante

giornata di presenza. In caso di assenze prolungate o comportamenti non conformi a quanto concordato nel Progetto Formativo (sia da parte del tirocinante, sia da parte

Il presente registro è composto da complessivi n. _____ fogli (di cui n. 01 copertina e n. _____ schede mensili).

Data, ___ / ___ / ___

Firma tutor del soggetto promotore

del soggetto ospitante), tirocinante o tutor soggetto ospitante sono tenuti a mettersi in contatto con il tutor dell'ente promotore. La corretta tenuta del presente Registro è del tutor del soggetto ospitante che, al termine del tirocinio, dovrà anche attestare la dichiarazione di frequenza sottostante



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE

M



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)

ARNESANO

CAVALLINO

LEQUILE

LIZZANELLO

MONTERONI
DI LECCE

SAN CESARIO
DI LECCE

SAN
DONATO DI
LECCE

SAN PIETRO
IN LAMA

SURBO

MESE: _____ ANNO: _____

Gg. *	Firma Entrata	Ore	Firma uscita	Ore	Tot. Ore	Attività svolta
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)

ARNESAN
O

CAVALLINO

LEQUILE

LIZZANELLO

MONTERONI
DI LECCE

SAN CESARIO
DI LECCE

SAN
DONATO DI
LECCE

SAN PIETRO
IN LAMA

SURBO

28						
29						
30						
31						
Totale ore presenza mese:					Perc. Ore svolte %	%

* Compilare un foglio per ciascun mese. I giorni da 1 a 31 corrispondono ai giorni di calendario In caso di assenza nelle attività riportare "ASSENTE".