



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						

Città di Cavallino - Cod. Amm. c_c377 - Prot. n. 0004051 del 08/02/2023 13:44 - ARRIVO



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



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

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".