

**PROGETTI DI  
TIROCINIO DI INCLUSIONE SOCIALE**  
di cui alle DGR n. 1071/2017 e n. 397/2018

**DICHIARAZIONE CONGIUNTA di  
ENTE ATTUATORE - CASE MANAGER/ENTE GIURIDICO DI PRESA IN CARICO - SOGGETTO OSPITANTE -  
TIROCINANTE**

**sospensione TIS in periodo di emergenza sanitaria COVID-19**

I sottoscritti:

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_,  
in qualità di rappresentante ENTE ATTUATORE

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_,  
in qualità di CASE MANAGER/ENTE GIURIDICO DI PRESA IN CARICO

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_,  
in qualità di rappresentante SOGGETTO OSPITANTE

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_,  
in qualità di tirocinante/tutore/ amministratore di sostegno (**specificare**)

presa visione di quanto disposto con la Circolare n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**concordano e sottoscrivono quanto segue:**

1) il progetto di TIS sottoscritto dai co-firmatari così come sopra identificati, il giorno \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ viene sospeso in quanto l'espletamento del medesimo risulta non  
realizzabile a seguito della vigente normativa emergenziale finalizzata a contenere l'emergenza  
pandemica COVID-19;

2) in particolare, per il caso specifico, la motivazione a giustificazione della sospensione risulta  
essere:

---

---

---

CARTA INTESTATA SOGGETTO ATTUATORE

3) si prende atto che il periodo di sospensione non verrà computato come assenza né verrà considerato chiusura di attività, da parte del soggetto ospitante, per motivi di carattere organizzativo ma una sospensione del TIS dovuta ad eventi eccezionali, determinati dall'attuale emergenza sanitaria da COVID-19;

4) si prende altresì atto che di tale sospensione sarà riportata esplicita menzione nel foglio presenze del tirocinante in sospensione;

6) Il tirocinio dovrà riprendere entro cinque giorni lavorativi dal cessare delle cause che ne hanno determinato la sospensione;

7) al termine della sospensione di cui ai precedenti punti, al tirocinante così come identificato sopra e co - firmatario della presente dichiarazione, spetteranno solo le indennità maturate per le mensilità per le quali non è stato realizzato un ammontare di assenze tali da precludere loro il raggiungimento dei limiti di cui all'art. 14 – 2° comma – dell'allegato A) della DGR 593/2018.

Il tirocinio dovrà riprendere entro cinque giorni lavorativi dal cessare delle cause che ne hanno determinato la sospensione;

---

*Letto, confermato e sottoscritto.*

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma rappresentante ENTE ATTUATORE

\_\_\_\_\_

Firma CASE MANAGER/ENTE GIURIDICO DI PRESA IN CARICO

\_\_\_\_\_

Firma rappresentante SOGGETTO OSPITANTE

\_\_\_\_\_

Firma del TIROCINANTE o del tutore o dell'amministratore di sostegno

\_\_\_\_\_