

Cod. CUP _____

ALLEGATO 6

REGISTRO INDIVIDUALE DI TIROCINIO CURRICULARE

Titolo corso _____

Codice _____ ED N. _____

Organismo di formazione titolare _____

Tutor _____

Cognome e Nome beneficiario _____

Codice Fiscale _____

Codice identificativo Patto di servizio _____

APL/CPI di riferimento _____

Soggetto Ospitante _____

Sede Tirocinio _____

Tutor Aziendale _____

Data inizio tirocinio ___/___/___ **Data conclusione tirocinio** ___/___/___

Data ¹	MATTINA		POMERIGGIO		Causale (*)	n. ore	Firma del Tirocinante	Attività svolta / annotazioni
	Orario entrata	Orario uscita	Orario entrata	Orario uscita				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				

Inserire in modo continuativo (senza righe vuote) solo i giorni di presenza e i giorni riferiti alle causali indicate.

__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				
__/__/__	__:__	__:__	__:__	__:__				

COGNOME
NOME
MESE
ANNO
Totale ore mensili Programmate

Totale ore Effettuate

(*) CAUSALE	
F	FESTIVITA' RICONOSCIUTE
C	CHIUSURA ≥ 15 GG.
G	MATERNITA'
M	MALATTIA ≥ 1/3 ORE TOTALI

Il Rappresentante Legale dell'Ente Ospitante (timbro e firma)
Il tutor aziendale (timbro e firma)
Il tutor dell'Organismo di formazione (firma)

Totale ore mensili Effettuate

Totale ore Programmate