A: **Ambito Territoriale Sociale n.1**
Comune di Pesaro - Ente capofila
Via Dei Partigiani n. 19 - 61121 Pesaro (PU)

Trasmissione con una delle due modalità alternative:
mezzo PEC: *comune.pesaro@emarche.it*
mezzo e-mail: *protocollo@comune.pesaro.pu.it*

OGGETTO: **Trasmissione dichiarazioni per riattivazione progetto TIS - soggetto ospitante: ……; case manager: ……; tirocinante: …….**

Con la presente si trasmettono i documenti necessari per la riattivazione del TIS in oggetto.

Firma del soggetto che trasmette

…….

Documenti allegati:

▪ DICHIARAZIONE DEL TIROCINANTE *NB: Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore*
▪ DICHIARAZIONE DEL CASE MANAGER - ENTE GIURIDICO DI PRESA IN CARICO
▪ DICHIARAZIONE SOGGETTO OSPITANTE *NB: Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.* *Nel caso di delega, unire all'atto di delega, la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità, sia del delegato che del delegante*

DICHIARAZIONE DEL TIROCINANTE

per la riattivazione TIS in periodo di emergenza sanitaria COVID-19

PROGETTI DI

TIROCINIO DI INCLUSIONE SOCIALE

di cui alla DGR n. 593/2018

Il sottoscritto *(nome/cognome tirocinante)* ……., nato a ……., in data ……/……/……., residente a ……. , Cap ……, in qualità di beneficiario di un Tirocinio di Inclusione, al fine di poter riprendere il progetto di TIS promosso da Ambito Territoriale Sociale n. 1, Comune di Pesaro ente capofila presso l'ente ospitante denominato ……..,

VISTO il piano territoriale della regione marche per la riattivazione dei TIS (Tirocini di Inclusione Sociale) di cui alla DGR n. 593/2018

DICHIARA

1. Di aver letto e compreso e di impegnarsi ad applicare le misure igienico-sanitarie individuali di cui all'allegato 4 del DPCM 26/04/2020 e s.m.i. sia durante il periodo presso la sede dell'ente ospitante, sia durante il trasferimento da e verso la sede dell'ente ospitante;
2. Di aver letto e compreso e di impegnarsi ad applicare ed applicare le misure di cui agli allegati 5, 6, 7, 8 e 9 del DPCM 26/04/2020 e s.m.i (in relazione al contesto specifico del TIS);
3. Di impegnarsi a segnalare tempestivamente al tutor aziendale e al case manager/tutor del proponente circa l'eventuale insorgenza di sintomi COVID quali tosse, febbre, stanchezza, difficoltà respiratorie;
4. Di essere consapevole dell'impossibilità di accedere alla sede del tirocinio in caso il sottoscritto e/o suoi conviventi presentino sintomi COVID o, nel caso in cui il sottoscritto e/o suoi conviventi abbiano avuto contatti con persone positive COVID.

Inoltre, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.),

DICHIARA

5. di essere al momento della sottoscrizione[1]
   - ☐ in buono stato di salute e di non essere stato dichiarato positivo al SARS-COV2 (*coronavirus*);
   - ☐ di essere in buono stato di salute a seguito dell'"avvenuta negativizzazione" del tampone, come da certificazione medica, rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza in allegato;
6. di non presentare al momento della sottoscrizione sintomi legati al SARS-COV-2, quali a titolo di esempio tosse, febbre, stanchezza, difficoltà respiratorie;
7. che i propri conviventi non presentano al momento della sottoscrizione sintomi legati al SARS-COV-2, quali a titolo di esempio tosse, febbre, stanchezza, difficoltà respiratorie.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data …….

Firma del tirocinante, del tutore o dell'amministratore di sostegno

……

NB: Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

[1] Barrare solo una delle seguenti caselle.

DICHIARAZIONE DEL *CASE MANAGER* - ENTE GIURIDICO DI PRESA IN CARICO

per la riattivazione TIS in periodo di emergenza sanitaria COVID-19

PROGETTI DI

TIROCINIO DI INCLUSIONE SOCIALE

di cui alla DGR n. 593/2018

Il Servizio di presa in carico ……, rappresentato dal sottoscritto *case manager* dott./dott.ssa …… ,

in relazione al progetto di Tirocinio di Inclusione Sociale ex DGR n. 593/18, avviato a favore del sig./sig.ra *(nome/cognome tirocinante)* …… ,

presso l'ente ospitante denominato ……..

riferimento Convenzione n: …… stipulata il : …… ,

- ☐ modificato con *addendum* in data ……/……/…… ;
- ☐ non modificato

e che risulta essere coerente con Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) definito in sede di presa in carico,

VISTO il piano territoriale della regione marche per la riattivazione dei TIS (Tirocini di Inclusione Sociale) di cui alla DGR n. 593/2018

- preso atto della dichiarazione sottoscritta dal legale rappresentante dell'Ente Ospitante sopra indicato in data ……/……/……;
- sentito il tirocinante ed acquisiti gli elementi necessari ad una valutazione circa la sua capacità di affrontare il tirocinio, coerentemente con quanto previsto dal PAI, nell'ambiente predisposto dall'azienda ospitante (così come risultante dell'adozione da parte della stessa azienda delle misure di prevenzione del rischio sanitario determinato dall'emergenza COVID;
- acquisita la dichiarazione sottoscritta dal Tirocinante (o suo tutore/amministratore di Sostegno) in data ……/……/……;

DICHIARA

che, per quanto di propria competenza, il Tirocinio di Inclusione Sociale può essere riavviato/avviato a decorrere dal

……/……/…… .*

Luogo e data ……..

Firma del *case manager*

……..

* La data di riavvio deve essere programmata considerando che la documentazione deve pervenire all'ATS almeno 5 giorni prima per effettuare le opportune verifiche ed eventualmente richiedere integrazioni.

DICHIARAZIONE SOGGETTO OSPITANTE PER LA RIATTIVAZIONE

per la riattivazione TIS in periodo di emergenza sanitaria COVID-19

PROGETTI DI

TIROCINIO DI INCLUSIONE SOCIALE

di cui alla DGR n. 593/2018

Il sottoscritto ……. , nato il …… , a ……, in qualità di

☐ legale rappresentante dell'ente ospitante;

☐ delegato del soggetto ospitante *(allegare atto di delega)*

con sede legale in …… ,

e con sede operativa in …… ,

p.iva/ Codice Fiscale: …… ; Codice ATECO …… (OBBLIGATORIO);

con riferimento al Tirocinio di Inclusione Sociale ex DGR n. 593/18 avente validità dal …….. al …….. (inserire le date come riportate nella Convenzione) e temporaneamente sospeso a seguito dell'applicazione delle misure di contrasto e contenimento del virus COVID- 19, avviato a favore del sig./sig.ra *(nome/cognome tirocinante)* …… , in data …… (data di inizio attività come riportata nella Convenzione e nel Progetto), realizzato a seguito di specifica convenzione sottoscritta con il Soggetto promotore Ambito Territoriale Sociale n. 1, in collaborazione con il Servizio di presa in carico, rappresentato dal *case manager* dott./dott.ssa …….. , al fine di consentire la ripresa/avvio del TIS,

VISTO il piano territoriale della regione marche per la riattivazione dei TIS (Tirocini di Inclusione Sociale) di cui alla DGR n. 593/2018

dichiara

☐ di confermare la propria disponibilità a riavviare il progetto di tirocinio sopra richiamato;

inoltre, consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci dichiara ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000,

☐ che l'attività svolta presso i locali in cui si svolge il tirocinio rientra tra quelle per le quali le vigenti disposizioni consentono la ripresa;

☐ che l'impresa ha attivato a livello aziendale, il protocollo anti-contagio condiviso con il Governo e le parti sociali da ultimo il 24 aprile 2020, relativo alla regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus covid-19 negli ambienti di lavoro;

☐ che presso il luogo di svolgimento del Tirocinio di inclusione sociale permangono condizioni tali da garantire la salute del tirocinante, del tutor aziendale e dei terzi;

☐ quant'altro previsto dal Piano Territoriale regionale per la riattivazione dei TIS ai punti da 1.1 a 1.8.

Luogo e data …….

Firma

……..

NB: Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

Nel caso di delega, unire all'atto di delega, la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità, sia del delegato che del delegante.