

**ALLEGATO 3–FORMAT SCHEDA SU ATTIVITÀ SVOLTE NEI DUE MESI**

All’Amministrazione Regionale Siciliana

Dipartimento Istruzione e Formazione Professionale

Viale Regione Siciliana,33

90129 Palermo

**Oggetto: Avviso 15/2017 Intervento sperimentale di alta formazione: tirocini formativi presso il Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione Siciliana**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Assegnatario*  dell’indennità per tirocini con DDG n. \_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_ iniziato il \_\_\_\_\_\_\_\_ sotto la direzione del Magistrato formatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con riferimento ai mesi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TRASMETTE QUANTO SEGUE**

* Relazione sullo svolgimento delle attività inerenti il tirocinio nei due mesi di ………….., redatta secondo il Format A) annesso al presente allegato
* Foglio rilevazione ore d’impegno nei due mesi di …………………secondo il Format B) annesso al presente allegato.

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

**A)*FORMAT RELAZIONE BIMESTRALE***

|  |
| --- |
| **Relazione per i mesi di ………….anno ………del tirocinante ………………………………………………………………….** |
| *Descrivere le attività svolte, gli apprendimenti e le competenze acquisiti nei due mesi con l’estensione che si reputa necessario ma comunque non superiore 4500 caratteri spazi inclusi* |

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del DPA n.445/200 in merito alla decadenza dei benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità, conferma quanto sopra riportato in merito alle attività inerenti il tirocinio svolte nel periodo di tempo sopra indicato.

**Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del tirocinante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di Magistrato formatore **attesta che le attività inerenti il tirocinio nel periodo di tempo sopra indicato, sono state regolarmente eseguite dal/dalla tirocinante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Magistrato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B) *FOGLIO ORE D’IMPEGNO DEL TIROCINANTE PER LA REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA’ DI CUI ALLA RELAZIONE DI CUI AL PUNTO A).***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome e cognome:…………………………………………………………………………** | |  |
|  | |  |
| **Mese:…………………………….Anno……………….** |  |  |
| **Giorno** | **N. ore erogate** | **Luogo** |
| **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** |  |  |
| **28** |  |  |
| **29** |  |  |
| **30** |  |  |
| **31** |  |  |
| **Ore totali (20 ore settimanali previste)** |  |  |
| **Giorni totali** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mese:…………………………….Anno……………….** |  |  |
| **Giorno** | **N. ore erogate** | **Luogo** |
| **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** |  |  |
| **28** |  |  |
| **29** |  |  |
| **30** |  |  |
| **31** |  |  |
| **Ore totali del mese (20 ore settimanali previste)** |  |  |
| **Giorni totali del mese** |  |  |

**Ore totali d’impegno nei due mesi ……………………….**

**Giornate totali d’impegno nei due mesi………………….**

**Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del DPA n.445/200 in merito alla decadenza dei benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere nonché alla responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità conferma quanto sopra riportato in merito numero di ore erogate nei due mesi di ……………….anno …………**

**Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del tirocinante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**