

Codice A1502A

D.D. 30 maggio 2017, n. 447

**Buono Servizi Lavoro rivolto a persone disoccupate da almeno sei mesi di cui alla D.D. n. 524 del 29 luglio 2016 e Buono Servizi Lavoro rivolto a persone in condizione di particolare svantaggio di cui alla D.D. n. 523 del 29 luglio 2016. Approvazione della check list di controllo per autorizzazione alla richiesta di rimborso delle indennita' di tirocinio.**

Visto il Regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 dicembre 2013, recante disposizioni comuni sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione, sul Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca, e che abroga il regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio;

visto il Regolamento (UE) n. 1304/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 dicembre 2013, relativo al Fondo sociale europeo e che abroga il regolamento (CE) n. 1081/2006 del Consiglio;

vista la Decisione della Commissione Europea c(2014)9914 del 12/12/2014 con la quale sono stati approvati determinati elementi del Programma Operativo del Piemonte FSE 2014-2020 nell'ambito dell'obiettivo "Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione" (d'ora innanzi, anche soltanto POR FSE 2014-2020);

vista la D.G.R. n. 57-868 del 29/12/2014 con la quale è stata ratificata la presa d'atto della predetta Decisione C(2014) 9914 del 12/12/2014;

vista la D.G.R. n. 20-3037 del 14/03/2016 con cui si è proceduto all'approvazione della Direttiva pluriennale per la programmazione dei Servizi e delle Politiche Attive del Lavoro e contenente l'atto di indirizzo per la formulazione dei dispositivi attuativi regionali. Periodo 2016 – 2018. Spesa prevista euro 62.800.000,00 sul bilancio pluriennale 2016 – 2018;

vista la D.D. n. 524 del 29/07/2016 con cui si è proceduto all'approvazione del Bando regionale finalizzato all'istituzione dell'elenco dei soggetti attuatori della misura Buono Servizi Lavoro per persone disoccupate da almeno sei mesi di cui alla D.G.R. n. 20 – 3037 del 14/03/2016. Accertamento e impegno di spesa euro 6.500.000,00 su capitoli vari del Bilancio di previsione finanziario 2016 – 2018, anno 2017;

vista la D.D. n. 523 del 29/07/2016 con cui si è proceduto all'approvazione del Bando regionale finalizzato all'istituzione dell'elenco dei soggetti attuatori della misura Buono Servizi Lavoro per persone in condizione di particolare svantaggio di cui alla D.G.R. n. 20 – 3037 del 14/03/2016. Accertamento e impegno di spesa euro 4.000.000,00 su capitoli vari del Bilancio di previsione finanziario 2016 – 2018, anno 2017;

viste le D.D. n. 22 e 23 del 17/01/2017 di approvazione delle Disposizioni Operative per la realizzazione delle azioni finanziate rispettivamente dal buono servizi lavoro per persone disoccupate da almeno sei mesi e buono servizi lavoro per persone in condizione di particolare svantaggio;

vista la D.D. 321 del 03/05/2017 di approvazione della procedura di rimborso dell'indennità di tirocinio nell'ambito delle azioni finanziate dal Buono Servizi Lavoro.

Vista la D.D. 807 del 15/11/2016 di approvazione dei documenti relativi al sistema di gestione e controllo del Programma Operativo, obiettivo "Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione", Fondo Sociale Europeo regione Piemonte 2014/2020.

tenuto conto che la sopraccitata D.G:R. n. 20-3037 del 14/03/2016 ha demandato alla Direzione Coesione Sociale l'adozione degli atti amministrativi conseguenti e necessari al funzionamento della Direttiva di cui sopra;

ritenuto necessario approvare le check list per la verifica dei tirocini da autorizzare alla richiesta di rimborso per le indennità di partecipazione erogate ai destinatari dei Bandi Buono Servizi approvati con le sopraccitate DD n. 523 e 524 del 29 luglio 2016, di cui agli allegati A e B, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

Dato atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico della Regione Piemonte;

attestata la regolarità amministrativa del presente atto, tutto ciò premesso,

#### IL DIRIGENTE

Visto il D.Lgs 30/03/2001, n.165 e s.m.i., in particolare artt. 4 e 16;

Vista la L.R. 26 aprile 2000, n. 44;

Vista la L.R. 28 luglio 2008 n. 23 s.m.i.;

in conformità con gli indirizzi disposti dalla Giunta Regionale con DGR 20 -3037 del 14/03/2016 ed in conformità con gli indirizzi definiti nei Bandi regionali finalizzati all'istituzione dell'elenco dei soggetti attuatori delle misure Buono Servizi Lavoro per persone disoccupate da almeno sei mesi e per persone in condizione di particolare svantaggio di cui alle rispettive Determinazioni Dirigenziali nn. 524 e 523 del 29/07/2016;

#### *determina*

- di approvare le check list per la verifica dei tirocini da autorizzare alla richiesta di rimborso per le indennità di partecipazione erogate ai destinatari dei Bandi Buono Servizi approvati con le sopraccitate DD n. 523 e 524 del 29 luglio 2016, di cui agli allegati A e B, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico della Regione Piemonte

Il presente provvedimento, non comportando spesa, non assume rilevanza contabile.

La presente Determinazione verrà pubblicata sul BU della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010, nonché ai sensi dell'art. 26 comma 1 del D.lgs n. 33/2013 nel sito istituzionale dell'ente, nella sezione "Amministrazione trasparente".

Il Dirigente del Settore  
Dott. Felice Alessio Sarcinelli

Allegato

**CHECK LIST DI CONTROLLO PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA RICHIESTA DI FINANZIAMENTO  
DELL'INDENNITA' DI TIROCINIO****(DD 321 del 3/5/2017)****TIROCINANTE:** \_\_\_\_\_**CODICE FISCALE TIROCINANTE:** \_\_\_\_\_**SOGGETTO PROMOTORE:** \_\_\_\_\_

| CONTROLLO                            | EVIDENZA                                                                                                                               | NOTE PER<br>VERIFICA | SI /<br>NO | COMMENTI                                                   |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|------------------------------------------------------------|
| <b>1. REGOLE GENERALI</b>            |                                                                                                                                        |                      |            |                                                            |
| <b>ATTO DI ADESIONE</b>              | Sottoscritto dal legale<br>rappresentante (o<br>procuratore<br>speciale) dell'Operatore<br><u>prima</u> dell'apertura del<br>primo PAI |                      | <b>SI</b>  | <b>GIA' VERIFICATO<br/>DALL'UFFICIO<br/>PROGRAMMAZIONE</b> |
| <b>PAI CONTRIBUTO<br/>INDENNITA'</b> | Presenza del PAI                                                                                                                       |                      |            |                                                            |
| <b>COB AVVIO<br/>TIROCINIO</b>       | Presenza della COB                                                                                                                     |                      |            |                                                            |
| <b>2. TIROCINANTE</b>                |                                                                                                                                        |                      |            |                                                            |
| <b>ANAGRAFICA</b>                    | Presenza dei dati<br>identificativi essenziali                                                                                         |                      |            |                                                            |
| <b>ETA' DEL<br/>TIROCINANTE</b>      | Aver compiuto 30 anni                                                                                                                  |                      |            |                                                            |
| <b>CATEGORIA<br/>TIROCINANTE</b>     | Disoccupato o<br>Svantaggiato                                                                                                          |                      |            |                                                            |
| <b>3. SOGGETTO PROMOTORE</b>         |                                                                                                                                        |                      |            |                                                            |
| <b>ANAGRAFICA</b>                    | Presenza dei dati<br>identificativi essenziali                                                                                         |                      |            |                                                            |
| <b>TUTOR</b>                         | Indicazione del tutor del<br>soggetto promotore                                                                                        |                      |            |                                                            |

**BUONO SERVIZIO LAVORO PER PERSONE DISOCCUPATE DA ALMENO 6 MESI**

| 4. SOGGETTO OSPITANTE             |                                                                          |  |  |  |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| ANAGRAFICA                        | Presenza dei dati identificativi essenziali                              |  |  |  |
| TUTOR                             | Indicazione del tutor aziendale                                          |  |  |  |
| SEDE OPERATIVA                    | Indicazione della sede operativa presso la quale si svolge il tirocinio. |  |  |  |
| 5. RAPPORTO DI TIROCINIO          |                                                                          |  |  |  |
| CONVENZIONE                       | Presenza dell'indicazione della Convenzione                              |  |  |  |
| PROGETTO FORMATIVO                | Progetto Formativo regolarmente caricato sul Portale                     |  |  |  |
| DISCIPLINA DEI TIROCINI APPLICATA | Indicazione della disciplina applicata                                   |  |  |  |
| DURATA CONTRATTUALE DEL TIROCINIO | 6 mesi comprese le proroghe per disoccupati tempo pieno                  |  |  |  |
| IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE        | full time; per disoccupati (40 ore settimanali)                          |  |  |  |
| INDENNITA'                        | Indicazione dell'indennità e coerenza con le ore settimanali             |  |  |  |
| MODALITA' DI SVOLGIMENTO          | Indicazione delle modalità di svolgimento del tirocinio                  |  |  |  |
| GARANZIE ASSICURATIVE             | Presenza delle garanzie assicurative INAIL e RC                          |  |  |  |
| FIGURA PROFESSIONALE              | Indicazione della qualifica professionale                                |  |  |  |
| OBIETTIVI DEL TIROCINIO           | Descrizione degli obiettivi del tirocinio                                |  |  |  |

**BUONO SERVIZIO LAVORO PER PERSONE DISOCCUPATE DA ALMENO 6 MESI**

|                                       |                                                                |  |  |  |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>DATA CESSAZIONE TIROCINIO</b>      | Eventuale presenza della data di cessazione del tirocinio      |  |  |  |
| <b>DURATA EFFETTIVA DEL TIROCINIO</b> | Se cessato anticipatamente: periodo di frequenza del tirocinio |  |  |  |

*Note*

**N.V.:** non valutabile.

OSSERVAZIONI:

---

---

**ESITO DEL CONTROLLO:**

POSITIVO ☐

NEGATIVO ☐

SOSPESO ☐

Data del controllo: \_\_\_\_\_

Controllato da: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**CHECK LIST DI CONTROLLO PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA RICHIESTA DI FINANZIAMENTO  
DELL'INDENNITA' DI TIROCINIO**

**(DD 321 del 3/5/2017)**

**TIROCINANTE:** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE TIROCINANTE:** \_\_\_\_\_

**SOGGETTO PROMOTORE:** \_\_\_\_\_

| CONTROLLO                        | EVIDENZA                                                                                                                | NOTE PER VERIFICA | SI / NO   | COMMENTI                                           |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|----------------------------------------------------|
| <b>1. REGOLE GENERALI</b>        |                                                                                                                         |                   |           |                                                    |
| <b>ATTO DI ADESIONE</b>          | Sottoscritto dal legale rappresentante (o procuratore speciale) dell'Operatore <u>prima</u> dell'apertura del primo PAI |                   | <b>SI</b> | <b>GIA' VERIFICATO DALL'UFFICIO PROGRAMMAZIONE</b> |
| <b>PAI CONTRIBUTO INDENNITA'</b> | Presenza del PAI                                                                                                        |                   |           |                                                    |
| <b>COB AVVIO TIROCINIO</b>       | Presenza della COB                                                                                                      |                   |           |                                                    |
| <b>2. TIROCINANTE</b>            |                                                                                                                         |                   |           |                                                    |
| <b>ANAGRAFICA</b>                | Presenza dei dati identificativi essenziali                                                                             |                   |           |                                                    |
| <b>CATEGORIA TIROCINANTE</b>     | Svantaggiato o persona presa in carico                                                                                  |                   |           |                                                    |
| <b>3. SOGGETTO PROMOTORE</b>     |                                                                                                                         |                   |           |                                                    |
| <b>ANAGRAFICA</b>                | Presenza dei dati identificativi essenziali                                                                             |                   |           |                                                    |
| <b>TUTOR</b>                     | Indicazione del tutor del soggetto promotore                                                                            |                   |           |                                                    |
| <b>4. SOGGETTO OSPITANTE</b>     |                                                                                                                         |                   |           |                                                    |
| <b>ANAGRAFICA</b>                | Presenza dei dati identificativi essenziali                                                                             |                   |           |                                                    |
| <b>TUTOR</b>                     | Indicazione del tutor aziendale                                                                                         |                   |           |                                                    |

## BUONO SERVIZIO LAVORO PER PERSONE IN CONDIZIONE DI PARTICOLARE SVANTAGGIO

|                                          |                                                                          |  |  |  |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>SEDE OPERATIVA</b>                    | Indicazione della sede operativa presso la quale si svolge il tirocinio. |  |  |  |
| <b>5. RAPPORTO DI TIROCINIO</b>          |                                                                          |  |  |  |
| <b>CONVENZIONE</b>                       | Presenza dell'indicazione della Convenzione                              |  |  |  |
| <b>PROGETTO FORMATIVO</b>                | Progetto Formativo regolarmente caricato sul Portale                     |  |  |  |
| <b>DISCIPLINA DEI TIROCINI APPLICATA</b> | Indicazione della disciplina applicata                                   |  |  |  |
| <b>SOGGETTO ATTUATORE</b>                | Indicazione del servizio pubblico che ha in carico il tirocinante        |  |  |  |
| <b>DURATA CONTRATTUALE DEL TIROCINIO</b> | Uguale o superiore a 3 mesi, fino a 12 mesi (proroghe comprese)          |  |  |  |
| <b>IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE</b>        | Puo' essere anche part time (20 ore )                                    |  |  |  |
| <b>INDENNITA'</b>                        | Indicazione dell'indennità e coerenza con le ore settimanali             |  |  |  |
| <b>MODALITA' DI SVOLGIMENTO</b>          | Indicazione delle modalità di svolgimento del tirocinio                  |  |  |  |
| <b>GARANZIE ASSICURATIVE</b>             | Presenza delle garanzie assicurative INAIL e RC                          |  |  |  |
| <b>FIGURA PROFESSIONALE</b>              | Indicazione della qualifica professionale                                |  |  |  |
| <b>OBIETTIVI DEL TIROCINIO</b>           | Descrizione degli obiettivi del tirocinio                                |  |  |  |

**BUONO SERVIZIO LAVORO PER PERSONE IN CONDIZIONE DI PARTICOLARE SVANTAGGIO**

|                                       |                                                 |  |  |  |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>DATA CESSAZIONE TIROCINIO</b>      | Presenza della data di cessazione del tirocinio |  |  |  |
| <b>DURATA EFFETTIVA DEL TIROCINIO</b> | Periodo di frequenza del tirocinio              |  |  |  |

*Note*

**N.V.:** non valutabile.

OSSERVAZIONI:

---

---

**ESITO DEL CONTROLLO:**

POSITIVO ☐

NEGATIVO ☐

SOSPESO ☐

Data del controllo: \_\_\_\_\_:

Controllato da: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_