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

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

**PROGETTI DI**

**TIROCINIO DI INCLUSIONE SOCIALE**

**di cui alla DGR n. 593/2018**

**Da trasmettere alla Regione Marche – Servizio Politiche Sociali e Sport**

**PEC: regione.marche.politichesociali@emarche.it**

Il Servizio di presa in carico……………………………………………………………………………………………………………………………, rappresentato dal sottoscritto case manager……………………………………………………………………………………………………. ,

in relazione al progetto di Tirocinio di Inclusione Sociale ex DGR n. 593/18, avviato a favore del

Sig………………………………………………………………………………………………………

Presso l’ente ospitante: ………….…………………….……….....……..……………

Riferimento Convenzione n: …....……… del: ………………....…….

🞏 modificato con addendum del ……………………

🞏 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 rappresentante legale 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, coerente 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 partire dal ………

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

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_