

**OGGETTO: Dichiarazione di disponibilità per esperienza lavorativa nell'ambito dei PCTO presso l'azienda/ente/associazione**

Con la presente si dichiara la disponibilità ad accogliere presso di noi lo studente frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ del vostro Istituto per l'effettuazione di un periodo di tirocinio lavorativo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ o dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nell'estate \_\_\_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_\_ il seguente orario lavorativo:

- lunedì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ; dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_
- martedì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ; dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_
- mercoledì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ; dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_
- giovedì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ; dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_
- venerdì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ; dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_
- sabato dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ; dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Obiettivi del tirocinio:

Attività previste (indicare anche eventuali uscite al di fuori della sede aziendale):

In attesa di essere contattati dal vostro personale incaricato, indichiamo i dati relativi alla/al nostra/o azienda/ente, utili al completamento della documentazione necessaria e comunichiamo anche di:

essere disponibili a stipulare una convenzione fino a revoca di una delle parti;

non essere disponibili ad accogliere altri studenti;

di essere disponibili ad accogliere altri n° \_\_\_\_\_ studenti nei seguenti periodi:

- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;

Cordiali saluti.

\_\_\_\_\_ , li \_\_\_\_\_

Timbro dell'azienda/ente/associazione

Il \_\_\_\_\_ responsabile dell'azienda/ente/associazione

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

ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE "COPERNICO-PASOLI"  
SCHEDA DI RACCOLTA DATI AZIENDA/ENTE/ASSOCIAZIONE OSPITANTE

Azienda/ente/associazione:

Tipologia attività lavorativa :

Sede legale:

Sede lavorativa:

Telefono:

Fax:

Indirizzo e-mail:

Indirizzo PEC:

Codice fiscale/partita IVA:

Codice ATECO:

**Legale Rappresentante**

Cognome e nome:

Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale:

**Tutor Aziendale**

Cognome e nome:

Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail:

Ruolo:

N° dipendenti dell'azienda\*:  
\_\_\_\_\_ , lì \_\_\_\_\_

Timbro dell'azienda/ente/associazione

Il \_\_\_\_\_ responsabile \_\_\_\_\_ dell'azienda/ente/associazione

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

\*Se l'azienda/ente non ha dipendenti a tempo indeterminato il legale rappresentante deve dichiarare: di seguire personalmente il tirocinante durante tutto l'orario di presenza e di aver assolto agli obblighi in materia di salute e sicurezza sul luogo di lavoro.

ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE "COPERNICO-PASOLI"  
**SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI RISCHI**  
**PER L'ATTIVITÀ DI TIROCINIO**

**Dati riferiti all'azienda:**

Nome:

Indirizzo:

Referente:

RSPP:

Telefono:

E-mail:

Settore di attività:

N° lavoratori:

Tutor aziendale e ruolo professionale:

**Dati riferiti all'allievo:**

Orario:

Luogo di svolgimento dell'attività di tirocinio:

Mansioni:

Specificare se la mansione prevede l'uso di macchine, attrezzature, sostanze:

**Informazioni riferite alla sicurezza:**

É consentito un sopralluogo in azienda da parte del tutor scolastico?	SI	NO
Il tutor aziendale ha ricevuto una formazione specifica per svolgere questo ruolo?	SI	NO
Il tutor aziendale ha ricevuto una formazione in materia di sicurezza sul lavoro?	SI	NO
Il DVR dell'azienda ha preso in considerazione eventuali rischi relativi agli allievi in stage?	SI	NO
É prevista la sorveglianza sanitaria per la mansione assegnata all'allievo?	SI	NO
Vengono forniti i DPI, se previsti, per la mansione assegnata all'allievo?	SI	NO

Timbro dell'azienda/ente/associazione

Il responsabile dell'azienda/ente/associazione

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