 **LICEO SCIENTIFICO STATALE “G. ANCINA” – FOSSANO (CN)**

**MODULO - Adesione della Ditta/Ente/Azienda/Studio**

**al Percorso per le Competenze Trasversali e per l’Orientamento**

Al Dirigente Scolastico

del Liceo Scientifico Statale “G. Ancina”

FOSSANO

**Oggetto**: adesione al Percorso per le Competenze Trasversali e per l’Orientamento

In riferimento al Percorso per le Competenze Trasversali e per l’Orientamento (PCTO)

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

titolare/ rappresentante/ delegato della Ditta/Ente/Azienda/Studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_\_\_

**comunica** che:

**􀂅** è disponibile **􀂅** non è disponile

ad accogliere l’alunno/a di codesto Liceo nell’a.s. 2019/20secondo le disponibilità sotto indicate:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e nome**  **dell’alunno/a** | **Indirizzo di studio**  **e classe frequentata** | **Settore/Area/Ufficio**  **proposto per l’inserimento** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Linguistico \_\_\_\_\_\_\_\_  Scientifico \_\_\_\_\_\_\_\_  Scienze umane \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

e **dichiara**sotto la propria responsabilità:

* di essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza dei luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/2008);
* di individuare un addetto in qualità di tutor responsabile dello svolgimento del PCTO;
* di garantire che il percorso di stage farà riferimento al settore concordato con il Liceo Scientifico Statale “G. Ancina” di Fossano.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per la Ditta/Ente/Azienda/Studio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(timbro e firma)

**Comunicazione dei dati necessari per l’attivazione del PCTO**

Si comunicano al Liceo “G. Ancina” di Fossano i seguenti dati utili alla stipula della apposita Convenzione ed allo svolgimento del Percorso per le Competenze Trasversali e per l’Orientamento:

* **Soggetto ospitante**

**Denominazione** della Ditta/Ente/Azienda/Studio .................................................................................................................

**Tipologia 􀂅** Ente Pubblico **􀂅** Ente Religioso **􀂅**  S.p.A. **􀂅** S.r.l **􀂅** altro ..............................................................  
**Sede** via /piazza/c.so ................................................................................................... n. .....................

telefono ........................................................ fax ........................................................

e-mail ..................................................................................... Pec .....................................................................................  
c.a.p. ................................ città .................................................................................................................... prov. ............  
**Codice fiscale:** .................................................................... - **Partita I.V.A**.: ....................................................................  
**Rappresentato da**: cognome .................................................................. nome ..................................................................

nato/a il ....../ ....../ ........... a ........................................................................................................................... prov. ............

C.F.: .................................................................... **Nominativo RSPP**: ................................................................................

**Settore azienda/ente:** ............................................................... **N. lavoratori**: ...................................................................

**Codice settore ATECO** Ditta/Ente/Azienda/Studio**:** ...........................................................................................................

* **Dati del tutor della Ditta/Ente/Azienda/Studio che seguirà l’alunno/a durante il PCTO**

Cognome ............................................................................ Nome ........................................................................................  
Ruolo ................................................................. tel. .............................................. e-mail ..................................................  
sede di svolgimento del Percorso: .........................................................................................................................................

via/piazza/c.so ....................................................... c.a.p. ......................... città ............................................ prov. ............

* **Dati del periodo dell’esperienza di PCTO**

**Nominativo dell’alunno/a accolto/a**: ...................................................................................................................................

**Durata: 􀂅** 2 settimane **􀂅** 3 settimane **Totale ore settimanali**: ....................

**Data di inizio** del PCTO: ........./ ........./ 2020 **Data di fine** del PCTO: ........./ ........./ 2020

**Periodo settimanale**: **􀂅** dal lunedì al venerdì o **􀂅** dal lunedì al sabato

**Durata giornaliera**: dalle ore ............... alle ore ............... e dalle ore ............... alle ore ...............

**Mansione/i dell’alunno/a**: ....................................................................................................................................................

**La mansione prevede l’utilizzo di**: macchine: SÌ NO , attrezzature: SÌ NO , sostanze SÌ NO **INFORMAZIONI RIFERITE ALLA SICUREZZA**:

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

**Dichiara**

di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs 30 196/2003 e del Regolamento Ue 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Autorizza**

il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 30/06/2013 n. 196 e del Regolamento Ue 679/2016.

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Per la Ditta/Ente/Azienda/Studio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(timbro e firma)