

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

**Adesione della Ditta/Ente/Azienda/Studio
al Percorso per le Competenze Trasversali e per l’Orientamento
a.s. 2020/2021**

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico “G. Ancina” di 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 disponibile

ad accogliere l’alunno/a di codesto Liceo nell’a.s. 2020/2021 secondo 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 che farà riferimento al settore concordato con il Liceo Scientifico “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 dell'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 impiego:

via/piazza/c.so c.a.p. città prov.

Dati del periodo dell'esperienza di PCTO

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

Data di inizio del PCTO:// 2021 **Data di fine del PCTO:**// 2021

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

Durata giornaliera: dalle ore alle ore e dalle ore alle ore

Mansione dell'alunno/a e breve descrizione delle attività che verranno svolte:

.....

La mansione prevede l'utilizzo di: macchine Sì NO

attrezzature Sì NO

sostanze Sì NO



INFORMAZIONI RIFERITE ALLA SICUREZZA:

- 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)

