



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

**Adesione della Ditta/Ente/Azienda/Studio  
Alla Formazione Scuola Lavoro  
a.s. 2025/2026**

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

**Oggetto:** adesione alla Formazione Scuola Lavoro

In riferimento alla Formazione Scuola Lavoro (FSL)

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. 2025/2026 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 della FSL;
- ☐ di garantire che il percorso di stage 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 della FSL

Si comunicano al Liceo "G. Ancina" di Fossano i seguenti dati utili alla stipula dell'apposita Convenzione ed allo svolgimento di Formazione Scuola Lavoro (FSL):

### ➤ 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 la FSL

Cognome ..... Nome .....

Ruolo ..... tel. .... e-mail .....

sede di svolgimento dello stage: .....

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

### ➤ Dati del periodo dell'esperienza di FSL

**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 ☐

**Durata:**    ☐ 2 settimane    ☐ 3 settimane

**Totale ore settimanali (max 40 ore):** .....

**Data di inizio** di FSL: ...../ ...../ 2026    **Data di fine** di FSL: ...../ ...../ 2026

**Orario giornaliero (max 8 ore):**

- |                    |   |  |
|--------------------|---|--|
| • <b>Lunedì</b>    | <b>mattino</b> dalle ore..... alle ore..... | <b>pomeriggio</b> dalle ore..... alle ore..... |
| • <b>Martedì</b>   | <b>mattino</b> dalle ore..... alle ore..... | <b>pomeriggio</b> dalle ore..... alle ore..... |
| • <b>Mercoledì</b> | <b>mattino</b> dalle ore..... alle ore..... | <b>pomeriggio</b> dalle ore..... alle ore..... |
| • <b>Giovedì</b>   | <b>mattino</b> dalle ore..... alle ore..... | <b>pomeriggio</b> dalle ore..... alle ore..... |
| • <b>Venerdì</b>   | <b>mattino</b> dalle ore..... alle ore..... | <b>pomeriggio</b> dalle ore..... alle ore..... |
| • <b>Sabato</b>    | <b>mattino</b> dalle ore..... alle ore..... | <b>pomeriggio</b> dalle ore..... alle ore..... |
| • <b>Domenica</b>  | <b>mattino</b> dalle ore..... alle ore..... | <b>pomeriggio</b> dalle ore..... alle ore..... |

**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 dell'allievo/a in stage?    SÌ ☐ NO ☐
- È prevista la sorveglianza sanitaria per la mansione assegnata all'allievo/a?    SÌ ☐ NO ☐
- Vengono forniti i DPI, se previsti, per la mansione assegnata all'allievo/a?    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)