

	MODULO RICHIESTA ALLIEVI IN TIROCINIO FORMATIVO CUCINA SALA - BAR PASTICCERIA	A.F. 2026/2027 <i>Riservato alla Segreteria</i> n.....
--	--	---

Io sottoscritto

Cognome Nome

Dichiaro di

essere non essere disponibile a partecipare alle riunioni per il "contratto formativo" o ad altre iniziative (convegni, meeting, ecc...) organizzati dal CFP
richiedo un allievo/a del settore Alimentazione - Agroalimentare

Per la stipula della "Convenzione di Tirocini formativi" comunico i seguenti **dati relativi all'Azienda:**

Denominazione/Ragione Sociale

Nome azienda.....

P.IVA o C.F. (*barrare la scelta*)

Via N. Cap Città Prov.

E-mail Sito

Tel. Fax

Numero R.E.A. Settore Attività

PAT INAIL.....

Sede operativa (se diversa dalla sede legale)

Dati relativi al rappresentante legale:

Cognome Nome

C. Fiscale.....

Nato a Prov. Il

Via N. Cap Città

Dati relativi ai tutor aziendali (persona che all'interno dell'azienda supervisiona l'alunno):

Cucina

Cognome Nome

C. Fiscale.....

Nato a Prov. Il

TelefonoMail.....

Titolo di studio

Ruolo e livello di inquadramento all'interno dell'azienda

Anni di esperienza lavorativa

Sala/Bar

Cognome Nome

C. Fiscale.....

Nato a Prov. Il

TelefonoMail.....

Titolo di studio

Ruolo e livello di inquadramento all'interno dell'azienda

Anni di esperienza lavorativa

Pasticceria

Cognome Nome

C. Fiscale.....

Nato a Prov. Il

TelefonoMail.....

Titolo di studio

Ruolo e livello di inquadramento all'interno dell'azienda

Anni di esperienza lavorativa

Dichiaro di

essere non essere in possesso della documentazione relativa alla valutazione dei rischi in osservanza del D.Lgs.n. 81/2008 allego i seguenti dati:

Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione:

Data Rilascio del Documento di Valutazione dei Rischi

DVR per minori

basso medio alto

Dichiaro di

essere non essere

in possesso di **Certificato di abitabilità*** relativa ai locali/alloggi per eventuale tirocinio residenziale dell'allievo.

Data

Timbro e Firma

***si richiede la firma per esteso e leggibile**

Macchinari/attrezzature utilizzate dal tirocinante

(Da definire personalmente con il tutor aziendale):

.....

.....

**L'obbligo di produzione del certificato è stato introdotto con il Testo unico delle leggi sanitarie (poi modificato e sostituito dal D.P.R. 22 aprile 1994, n. 425) e dal Testo Unico dell'edilizia*

Rischi specifici ai quali il tirocinante è esposto:

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Movimentazione dei carichi | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| Esposizione agenti chimici | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| Esposizione agenti biologici | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| Esposizione campi elettromagnetici | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| Esposizione microclima severo | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| Addetti lavoro notturno | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| Esposizione stress-lavoro correlato | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| Altro | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |

Strumenti e dispositivi di protezione e prevenzione individuali e/o collettivi eventualmente previsti:

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Utilizzo di adeguate calzature | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| Protezione degli occhi e del volto | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| Protezione delle vie respiratorie | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| Protezione delle mani | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| Altro | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |

Data

Timbro e Firma

***si richiede la firma per esteso e leggibile**

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Gli eventuali dati di natura personale eventualmente presenti nel modulo richiesta allievi in tirocinio, sono trattati secondo i principi del GDPR EU-2016/679 e normativa vigente collegata. AFOL COMO ne garantisce l'utilizzo per le finalità strettamente collegate alla necessità di richiesta di tirocinio da parte dell'azienda/ente. Tali trattamenti risultano obbligatori per dar corso alle vostre richieste e non sono quindi soggetti a libero consenso. Per ulteriori informazioni potete contattare il Titolare del Trattamento alla mail privacy@cfpcomo.com

Data

Timbro e Firma

***si richiede la firma per esteso e leggibile**