Io sottoscritto

Cognome ……………………………………………............... Nome .........................................................................................

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…………………………………………….. CCNL Applicato…………………………………………………………………………………………….

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 al tutor (persona che all’interna dell’azienda supervisiona il tirocinante):**

Cognome ……………………………………........................... Nome ……………………………………………............................................

Codice fiscale…………………………………………………………. Livello inquadramento………………………………………………………………..

Esperienza (anni) e competenze possedute…………………………………………………………………………………………………………………

Titolo di studio posseduto…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**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

**Data ...................... Timbro e Firma ...........................................**

**“SCHEDA SICUREZZA 81/08”**

ATTIVITA’ DI PREVENZIONE E PROTEZIONE PER LE AZIENDE OSPITANTI ATTIVITA’ DI TIROCINIO/ALTERNANZA

Ex. D.Lgs. 9 Aprile 2008, n 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro

Denominazione della mansione cui il tirocinante è adibito:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Descrizione delle attività svolte dal tirocinante:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Macchinari/attrezzature utilizzate dal tirocinante (Da definire personalmente con il tutor aziendale):

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

Rischi specifici ai quali il tirocinante è esposto:

Movimentazione dei carichi SI NO

Esposizione agenti chimici SI NO

Esposizione agenti biologici SI NO

Esposizione campi elettromagnetici SI NO

Esposizione microclima severo SI NO

Addetti lavoro notturno SI NO

Esposizione stress-lavoro correlato SI NO

Altro SI NO

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

Utilizzo di adeguate calzature SI NO

Protezione degli occhi e del volto SI NO

Protezione delle vie respiratorie SI NO

Protezione delle mani SI NO

Altro SI NO

**Data ...................... Timbro e Firma ............................................**

**Il legale rappresentante dichiara**

* di avere idonea copertura assicurativa anche per il lavoro a distanza o smart working
* di inoltrare al tirocinante le dovute informative sulla salute e sicurezza nel lavoro agile/smart working
* che alla data di presentazione della domanda di progetto formativo ed al successivo avvio del tirocinio, nell’unità operativa di svolgimento, **non sono in corso procedure di CIG straordinaria o CIG in deroga** **per mansioni equivalenti a quelle del tirocinio**;
* che il tirocinante **non verrà utilizzato per sostituire lavoratori subordinati nei periodi di picco delle attività, malattia, maternità, ferie o infortuni, o per ricoprire ruoli necessari all’organizzazione;**
* **di non aver avuto con il tirocinante precedenti rapporti di lavoro dipendente o altre forme di collaborazione nei due anni precedenti** (sono escluse da questa limitazione le esperienze di alternanza scuola-lavoro ovvero prestazioni di lavoro accessorio di durata non superiore ai trenta giorni nei sei mesi precedenti).
* che **l’azienda è in regola con la normativa di cui alla legge n.68 del 1999** e successive modifiche ed integrazioni
* di **esprimere**, ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e dell’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), il **consenso al trattamento, anche automatizzato, dei dati personali** contenuti nella presente dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà, inclusa la loro eventuale comunicazione a soggetti terzi specificatamente incaricati, limitatamente ai fini della corretta gestione del tirocinio

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Gli eventuali dati di natura personale eventualmente presenti nella 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](mailto:privacy@cfpcomo.com)

Data ………………………….. Firma

…………………………………………………………….

