

<b>AFOLMETROPOLITANA - CFP BAUER tel. 0277405301</b>					
<b>Nome Allievo/a:</b> _____		<b>Corso allievo/a</b> _____			
<b>Denominazione AZIENDA</b>					
<b>TITOLARE (cognome e nome)</b>					
NATO / A		Codice ATECO:	TUTOR (SE DIVERSO DA TITOLARE)		
IL			COD. FIS.:		
RESIDENTE A			COMPETENZE PROFES.:		
VIA			n. TIROCINANTI		
COD.FIS.(Titolare)			P.IVA AZIENDA		
<b>SEDE LEGALE</b>			<b>SEDE OPERATIVA (compilare solo se diversa dalla Sede Legale)</b>		
INDIRIZZO			INDIRIZZO		
CAP			CAP		
CITTA			CITTA'		
PROV.			PROV.		
TELEFONO			TELEFONO		
CELLULARE			CELLULARE		
FAX			FAX		
EMAIL			EMAIL		
SITO INTERNET			SITO INTERNET		
A CURA DEL CFP Bauer			NUMERO ADDETTI SEDE OPERATIVA :	0-5 <input type="checkbox"/> 6-19 <input type="checkbox"/> 20 o più addetti <input type="checkbox"/>	
CONVENZIONE	N.	PRT. N.	NUMERO TIROCINI IN CORSO IN AZIENDA :		



SCHEDE AZIENDA PER ATTIVITA' DI STAGE

## Scheda rilevazione e valutazione rischi tirocinio curricolare

La sottoscritta impresa/azienda \_\_\_\_\_

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità di aver adempiuto a tutti gli obblighi imposti dalla normativa vigente in materia di sicurezza del lavoro e in materia di contribuzione del lavoro.

In particolare dichiara di aver adempiuto agli obblighi previsti dal **D. Lgs. 81/08 e smi** e dalla normativa previgente in materia di sicurezza sul lavoro e di aver adempiuto agli obblighi contributivi e assistenziali previsti dalle leggi vigenti e dalla contrattazione collettiva di settore.

### Riepilogo adempimenti espletati:

Adempimento in materia di sicurezza sul lavoro	Si	No	Non Applicabile
Predisposizione del documento di valutazione dei rischi aziendale artt. 17 e 28 D. Lgs 81/08 e smi, in particolare la sezione tirocinanti			
Nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, art. 17 D. Lgs. 81/08 e smi			
Nomina del Medico Competente, art. 18 D. Lgs. 81/08 e smi			
Nomina degli addetti alle emergenze, antincendio, pronto soccorso art. 18 D. Lgs. 81/08 e smi			
I lavoratori sono dotati dei DPI necessari a svolgere in sicurezza le loro mansioni, i DPI sono conformi art 70 D Lgs 81/08 e smi			
Le disposizioni previste dal DVR aziendale sono correttamente applicate			

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di titolare/legale rappresentante dell'impresa/azienda \_\_\_\_\_ dichiara

- che i dati riportati sono veritieri e comunque si impegna a fornire su richiesta copia dei documenti comprovanti le indicazioni contenute nella presente dichiarazione.
- che le informazioni contenuto nel presente modulo sono rese ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e di essere consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

Data:

Timbro e Firma: