



Nome Allievo/a: _____

Corso allievo/a _____

Denominazione AZIENDA _____

TITOLARE (cognome e nome) _____

SCHEDA AZIENDA PER ATTIVITA' DI STAGE

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
SEDE LEGALE		SEDE OPERATIVA (compilare solo se diversa dalla Sede Legale)	
INDIRIZZO		INDIRIZZO	
CAP		CAP	
CITTA		CITTA'	
PROV.		PROV.	
TELEFONO		TELEFONO	
CELLULARE		CELLULARE	
FAX		FAX	
EMAIL		EMAIL	
SITO INTERNET		SITO INTERNET	
A CURA DI AFOL MODA			
CONVENZIONE	N.	PRT. N.	NUMERO ADDETTI SEDE OPERATIVA : 0-5 <input type="checkbox"/> 6-19 <input type="checkbox"/> 20 o più addetti <input type="checkbox"/>
DATA (di compilazione)			NUMERO TIROCINI IN CORSO IN AZIENDA :
PRESENZA DATABASE (S/NO)			Giorni di CHIUSURA: _____ ORARI: _____
PROGETTO	PRT. N.	DEL	CONTRATTO DI LAVORO: adottato dal soggetto ospitante:
			ARTIGIANATO <input type="checkbox"/>
			COMMERCIO <input type="checkbox"/>
AMBITO DI INSERIMENTO			ATTIVITA' E OGGETTO DEL TIROCINIO
Descrivere brevemente l'ambito aziendale in cui si svolgerà il tirocinio (ad esempio: settore, reparto, ufficio; descrizione delle attività svolte; etc.)			Descrivere brevemente le attività oggetto del tirocinio

OBIETTIVI FORMATIVI E DI ORIENTAMENTO

Descrivere brevemente gli obiettivi che dovranno essere perseguiti durante il periodo di tirocinio, in termini di competenze, con riferimento agli obiettivi del percorso formativo

Si prega di compilare ogni casella poichè i campi sono OBBLIGATORI nel sistema di

Scheda rilevazione e valutazione rischi tirocinio curricolare - Formazione Superiore

Azienda:			
Via:			
Città:			
Settore produttivo:			
Referente AFOL METROPOLITANA:			
Referente azienda ospitante:			
Tirocinante	NOME	COGNOME	
Mansione svolta dal tirocinante			

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			

Scheda rilevazione e valutazione rischi tirocinio curricolare - Formazione Superiore

Adempimenti legati alle disposizioni delle Autorità competenti DPCM 17.05.2020 - Allegato 12
"Protocollo condiviso di regolamentazione per il contenimento della diffusione del Covid-19 nelle
aziende"

La sottoscritta impresa/azienda

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di aver adempiuto al protocollo anti-Covid come indicato nella seguente lista:

N.	REQUISITO
1	È PREVISTA L'INFORMAZIONE DEI LAVORATORI SUI RISCHI DA COVID-19 (PROTOCOLLO PER IL CONTENIMENTO DIFFUSIONE COVID-19 NELLE AZIENDE)
2	VENGONO UTILIZZATI DPI (mascherine)
3	VIENE APPLICATA LA PROCEDURA DI RILEVAZIONE TEMPERATURA IN INGRESSO
4	È PRESENTE LA PROCEDURA PER GESTIONE PAZIENTE SOSPETTO COVID
5	È PREVISTA DISPONIBILITÀ DI ATTREZZATURE E PRESIDII PER IL MANTENIMENTO DELL'IGIENE PERSONALE
6	È PREVISTA PROCEDURA INGRESSO FORNITORI E VISITATORI (se necessaria)
7	È PREVISTA LA PROCEDURA SANIFICAZIONE PERIODICA DI LOCALI E RELATIVI STRUMENTI DI REGISTRAZIONE E/O LA PROCEDURA DI SANIFICAZIONE DELLE ATTREZZATURE E DEI RELATIVI STRUMENTI DI CONTROLLO. È GARANTITA LA PUNTUALE PULIZIA GIORNALIERA DEGLI AMBIENTI
8	È PREVISTA LA PRESENZA DI UNA PROCEDURA DI PULIZIA DEGLI IMPIANTI DI AERAZIONI SE ESISTENTI E FUNZIONANTI

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 contenute 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. 445/2000.

Luogo e data:

TIMBRO E FIRMA

_____, li ____/____/_____
