

SCHEDA RILEVAZIONE DATI AZIENDA E VALUTAZIONE RISCHI

DENOMINAZIONE	
SEDE LEGALE <i>(via, cap, città, provincia)</i>	
P.IVA/CODICE FISCALE	
TELEFONO	
MAIL	
PEC	
SITO INTERNET	
RAPPRESENTANTE LEGALE/DELEGATO ALLA FIRMA	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
RESPONSABILE DI SEDE/GESTIONE TIROCINI (1)	
SEDE OPERATIVA DEL TIROCINIO (1) <i>indirizzo completo (via, cap, città, provincia)</i>	
RESPONSABILE DI SEDE/GESTIONE TIROCINI (2)	
SEDE OPERATIVA DEL TIROCINIO (2) <i>indirizzo completo (via, cap, città, provincia)</i>	
POSSIBILITA' DI TRASFERTE/SPOSTAMENTI <i>luogo e indirizzo</i>	
CODICE/I ATECO	
CODICE/I ISTAT	
CCNL APPLICATO	
NATURA GIURIDICA <i>(Pubblica amministrazione o altro)</i>	
IMPRESA FAMILIARE AI SENSI DEGLI ARTT.LI 230 BIS E 230 TER DEL CODICE E CIVILE o LAVORATORE AUTONOMO AI SENSI DELL'ART. 2222 DEL CODICE CIVILE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TUTOR AZIENDALE <i>N.B. In caso di assenza prolungata del tutor, il soggetto ospitante è tenuto a individuare un sostituto dotato dei requisiti analoghi. Tale comunicazione deve essere formalmente comunicata al tirocinante e al soggetto promotore.</i>	Nome
	Cognome
	Codice Fiscale
	Livello di inquadramento
	N. anni di esperienza lavorativa <i>(Se diversi da quelli aziendali: _____)</i>
	Esperienze e competenze professionali possedute
	N. di tirocini affidati ad avvio del presente tirocini: _____
Telefono	
Mail	
GIORNI DI CHIUSURA/ORARI	
AMBITO DI INSERIMENTO <i>(Descrivere brevemente l'ambito aziendale in cui si svolgerà il tirocinio indicando il settore, il reparto, l'ufficio e descrivendo le attività di cui si occupa l'azienda)</i>	
ATTIVITA' OGGETTO DEL TIROCINIO <i>(Descrivere brevemente le attività oggetto del tirocinio)</i>	

ADEMPIMENTI IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO	
<input type="checkbox"/>	PREDISPOSIZIONE DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI AZIENDALE ARTT. 17 E 28 D. LGS 81/08 E SMI, IN PARTICOLARE LA SEZIONE TIROCINANTI
<input type="checkbox"/>	NOMINA DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE, ART. 17 D. LGS. 81/08 E SMI
<input type="checkbox"/>	NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE, ART. 18 D. LGS. 81/08 E SMI
<input type="checkbox"/>	NOMINA DEGLI ADDETTI ALLE EMERGENZE, ANTINCENDIO, PRONTO SOCCORSO ART. 18 D. LGS. 81/08 E SMI
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	LE DISPOSIZIONI PREVISTE DAL DVR AZIENDALE SONO CORRETTAMENTE APPLICATE

Il sottoscritto/a _____ in qualità di titolare/legale rappresentante
 dell'impresa/azienda _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- a) 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 di propria competenza;
- b) di aver adempiuto al protocollo anti-Covid in base alla normativa vigente;
- c) che i dati riportati sono veritieri e comunque si impegna a fornire su richiesta copia dei documenti comprovanti le indicazioni contenute nella presente dichiarazione;
- d) 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

_____, li ____/____/____

TIMBRO E FIRMA

(del legale rappresentante o suo delegato)

Il Tutor e la segreteria del CFP sono a disposizione per eventuali chiarimenti.

Cfp Bauer Tel 0277405300 Tutor.....

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 REG. EU 2016/679

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il Titolare del trattamento è AFOL Metropolitana, con sede in Milano, via Soderini 24 (p. IVA 08928300964).

Il Responsabile protezione dati (c.d. DPO) è contattabile all'indirizzo dpo@afolmet.it.

1. Finalità del trattamento

I dati da Lei forniti verranno utilizzati allo scopo di:

- a) Stipulare convenzioni e progetti formativi per l'attivazione di tirocini in alternanza scuola/lavoro

2. Modalità del trattamento

Il trattamento sarà effettuato con modalità sia automatizzate, su supporto elettronico e/o su nostre banche dati, sia non automatizzate, su supporto cartaceo, secondo principi di correttezza, liceità trasparenza, in modo da tutelare in ogni momento la riservatezza e i diritti dell'interessato nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa.

3. Tempi di conservazione dei dati

I dati verranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge.

4. Conferimento dei dati

Il conferimento dei dati è facoltativo, fermo restando che il mancato conferimento dei dati determina l'impossibilità di attivare tirocini in alternanza scuola/lavoro.

5. Ambito di comunicazione e diffusione dei dati

In relazione alle finalità di cui al punto 1, i dati personali potranno essere condivisi con:

- soggetti pubblici o privati per attività strumentali alle finalità indicate, di cui AFOL Metropolitana si avvarrà come Responsabili del trattamento (l'elenco completo dei Responsabili del trattamento è disponibile inviando una richiesta scritta al Titolare);
- soggetti, enti o autorità a cui sia obbligatorio comunicare i Suoi dati personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità;
- enti finanziatori di livello locale, regionale, nazionale o comunitario a cui sia obbligatorio comunicare i Suoi dati personali in forza delle disposizioni contenute in avvisi o bandi pubblici.

Nessuna tipologia di dato verrà trasferito verso paese terzo o un'organizzazione internazionale ai sensi del Reg. EU 2016/679.

6. Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- A. chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- B. ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- C. ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- D. ottenere la limitazione del trattamento;
- E. ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- F. opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;

- G. opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- H. accedere ai propri dati personali;
- I. revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- J. proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Per esercitare tali diritti potrà formulare espressa richiesta scritta da inviarsi ad AFOL Metropolitana, via Soderini 24, 20146 Milano o a mezzo posta elettronica all'indirizzo segreteria generale@pec.afolmet.it.

Luogo e data

TIMBRO E FIRMA
(del legale rappresentante o suo delegato)

_____, lì ____/____/____
