**INFORMAZIONE INIZIALE/ADESIONE ALLE ATTIVITA’ DI PCTO/ASL (modulo S1)**

Nominativo del/della tirocinante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Specializzazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# DICHIARA

* di essere a conoscenza che le attività che andrà a svolgere, definite dalla Convenzione fra scuola e azienda, costituiscono parte integrante del Percorso formativo personalizzato
* di essere a conoscenza che la partecipazione al progetto di PCTO alcun legame diretto tra il sottoscritto e la struttura ospitante in questione e che ogni rapporto con la struttura ospitante stessa cesserà al termine di questo periodo;
* di essere a conoscenza e osservare, gli orari, le regole dell’azienda, le norme comportamentali sui luoghi di lavoro, le norme antinfortunistiche e quelle in materia di privacy;
* di essere stato informato/formato durante il Corso di formazione Base Specifico in merito ai rischi in materia di sicurezza sul lavoro, di cui al D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni e sulla tipologia e utilizzo dei dispositivi di sicurezza (DPI);
* di essere consapevole che durante i periodi di PCTO/ASL è soggetto alle norme stabilite nel regolamento degli studenti dell’istituzione scolastica, nonché alle regole di comportamento, funzionali e organizzative della struttura ospitante o di eventuali cantieri, uffici, enti pubblici;
* di essere a conoscenza che, nel caso si dovessero verificare episodi di particolare gravità, in accordo con la struttura ospitante si procederà in qualsiasi momento alla sospensione dell’esperienza di stage;
* di essere a conoscenza che nessun compenso o indennizzo di qualsiasi natura gli è dovuto in conseguenza della sua partecipazione al programma di tirocinio;
* di essere a conoscenza che l’esperienza di PCTO/ASL non comporta impegno di assunzione presente o futuro da parte della struttura ospitante;
* di essere a conoscenza delle coperture assicurative sia per i trasferimenti alla sede di svolgimento delle attività di PCTO/ASL compresi eventuali spostamenti organizzati dalla struttura ospitante in cantieri, uffici, enti pubblici che per la permanenza nella struttura ospitante;

#  SI IMPEGNA

* a rispettare rigorosamente gli orari stabiliti dalla struttura ospitante e dalla scuola per lo svolgimento delle attività di PCTO compresi eventuali attività in cantieri, uffici, clienti, enti pubblici. Per nessun motivo allontanarsi dalla struttura aziendale o cantieri, uffici est durante l’orario di PCTO, se non autorizzati ;
* presentare alla scuola eventuale certificazione, rilasciata dal medico di famiglia, attestante la presenza di patologie , intolleranze e allergie che la struttura ospitante deve preventivamente conoscere ai fini di un corretto inserimento dello studente in azienda (se presenti intolleranze alimentari/allergie/patologie compilare la parte sottostante al presente modulo);
* a seguire le indicazioni dei tutors e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza o evenienza;
* ad avvisare tempestivamente sia la struttura ospitante che l’istituzione scolastica (Tutor scolastico) se impossibilitato a recarsi nella sede dell’azienda che predispone il tirocinio ed eventuali assenze, ritardi o uscite anticipate;
* a tenere un comportamento rispettoso nei riguardi di tutte le persone con le quali verrà a contatto presso la struttura ospitante;
* a completare in tutte le sue parti, l'apposito foglio firme di presenza presso la struttura ospitante;
* a comunicare al tutor scolastico eventuali trasferte al di fuori della sede di svolgimento delle attività per fiere, visite presso altre strutture, clienti, cantieri, enti pubblici;
* a raggiungere autonomamente la sede del soggetto ospitante in cui si svolgerà l’attività di tirocinio PCTO/ASL ; lo studente si reca presso la sede dell’azienda con mezzi pubblici/mezzi privati idonei e fa ritorno al proprio domicilio con mezzi pubblici o privati idonei.
* la pausa pranzo sarà svolta in modo autonomo dallo studente o verrà svolta presso struttura/mensa aziendale/esercizi pubblici senza alcuna responsabilità per la scuola;
* lo studente durante le attività di PCTO non potrà svolgere per alcun motivo, pause/ristoro mattutine o pomeridiane in modo autonomo;
* per gli studenti con disabilità la scelta della struttura ospitante può essere effettuata dal Consorzio Astir che si avvale di operatori che assistono e guidano lo studente nel percorso e ne monitorano le attività. Gli studenti con disabilità se ritenuti idonei e autonomi dal Consiglio di classe in sede di PEI agli spostamenti di andata e ritorno e allo svolgersi del tirocinio possono raggiungere in modo autonomo la struttura ospitante sede dello stage. Gli studenti se non potranno svolgere in maniera autonoma le attività di tirocinio dovranno essere accompagnati e assistiti dagli operatori di Astir e/o dai docenti di sostegno presso la struttura ospitante oppure svolgere le attività internamente all’Istituto; i suddetti studenti partecipano come osservatori e documentano le attività che si svolgono in azienda;
* lo studente è tenuto a seguire i corsi di formazione/addestramento/informazione organizzati dall’Istituto e dalla struttura ospitante e ad utilizzare i dispositivi di protezione individuale, se necessari; i D.P.I. in dotazione degli studenti sono: Tuta/Camice da lavoro – Guanti rischio meccanico – Scarpe di sicurezza – Occhiale antiabrasivo – le caratteristiche dei DPI sono indicate nel modulo della scuola “Verifica della dotazione e utilizzo DPI”;
* A utilizzare eventuali DPI specifici aggiuntivi consegnati dal tutor aziendale esterno;
* a sottoporsi a sorveglianza sanitaria, se necessaria, da parte della struttura ospitante o da parte del medico competente dell’Istituto;
* a conoscere il Percorso Formativo del tirocinio concordato fra scuola e azienda.

**COMUNICAZIONE DI EVENTUALI INTOLLERANZE/ALLERGIE/PATOLOGIEPER LO SVOLGIMETO DELL’ATTIVITA’ DIDATTICA/PCTO/ASL**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A: NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GENITORE/TUTORE

DELL’ALUNNO/A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO/A IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FREQUENTANTE LA CLASSE \_\_\_\_\_\_\_\_ ANNO SCOLASTICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NEL RISPETTO DEL DECRETO LEGISLATIVO N.196/30 GIUGNO 2003 CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

DICHIARA QUANTO SEGUE:

* IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A **NON HA ALCUNA INTOLLERANZA/ALLERGIA** □
* IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/**A E’ INTOLLERANTE ALLERGICO/A AI SEGUENTI ALIMENTI E/O SOSTANZE** (SPECIFICARE SE SONO NECESSARI, PER TALE ‘ALLERGIA’, ‘FARMACI SALVAVITA’ ALLEGARE EVENTUALE CERTIFICATO MEDICO INDICANTE: 1.TIPO DI FARMACO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.PROCEDURE DI SOMMINISTRAZIONE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A **NON HA ALCUNA ‘PATOLOGIA’** □
* IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A **E’ AFFETTO DA QUESTA ‘PATOLOGIA’** (SPECIFICARE SE SONO NECESSARI, PER TALE ‘PATOLOGIA’, ‘FARMACI SALVAVITA’ ALLEGARE EVENTUALE CERTIFICATO MEDICO INDICANTE: 1.TIPO DI FARMACO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.PROCEDURE DI SOMMINISTRAZIONE) □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TALI DATI POTRANNO ESSERE TRATTATI ESCLUSIVAMENTE NEL RISPETTO DI TUTTE LE NORME VIGENTI.

 Firma dello studente/ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II sottoscritto/a,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

esercente la patria potestà dell'alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara di aver preso visione di quanto riportato nella presente Informazione/adesione e che nulla ostacola ad autorizzare lo/la studente/ssa a partecipare alle attività previste dal Percorso formativo PCTO previste nel triennio di specializzazione compresi eventuali spostamenti e attività in uffici, cantieri, enti pubblici. Il sottoscritto/a messo al corrente delle suddette attività obbligatorie previste dal PTOF dell’Istituto, dichiara di considerare esente da ogni responsabilità l’Istituto medesimo per responsabilità derivanti da iniziative assunte dallo studente in deroga a quanto disciplinato dal Percorso formativo cui è strettamente tenuto nel corso dell’intero svolgimento triennale delle attività o per situazioni accidentali dovute a responsabilità di terzi.Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato l’adesione/comunicazione/autorizzazione della presente domanda in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del genitore (o tutore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_