### INFORMAZIONE INIZIALE/ADESIONE ALLE ATTIVITA’ DI PCTO/ASL (Modulo S1)

Nominativo del/della tirocinante:

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

residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale

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

DICHIARA

* di essere a conoscenza che le attività che andrà a svolgere, definite dalla Convenzione fra scuola e azienda, costi-tuiscono 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 que-sto 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 si-curezza sul lavoro, di cui al D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni e sulla tipologia e utilizzo dei dispositivi di sicu-rezza (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 strut-tura 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 attivi-tà 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 impossibi-litato 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 strut-tura 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, visi-te 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 stu-dente 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 azienda-le/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 pomeri-diane 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 stu-denti se non potranno svolgere in maniera autonoma le attività di tirocinio dovranno essere accompagnati e assi-stiti dagli operatori di Astir e/o dai docenti di sostegno presso la struttura ospitante oppure svolgere le attività in-ternamente all’Istituto; i suddetti studenti partecipano come osservatori e documentano le attività che si svolgo-no 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 stu-denti sono: Tuta/Camice da lavoro – Guanti rischio meccanico – Scarpe di sicurezza – Occhiale antiabrasivo – le ca-ratteristiche 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 SVOLGIME-TO 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 dello studente/ssa

dichiara di aver preso visione di quanto riportato nella presente Informazione/adesione e che nulla ostacola ad auto-rizzare 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 re-sponsabilità 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 attivi-tà o per situazioni accidentali dovute a responsabilità di terzi.Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze ammini-strative 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 en-trambi i genitori.

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