**VALUTAZIONE DEI RISCHI PER LE ATTIVITA' DEI PERCORSI PER LE COMPETENZE TRASVERSALI E L’ORIENTAMENTO(PCTO)**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATI RIFERITI ALL’AZIENDA** | |
| **Nome** |  |
| **Indirizzo** |  |
| **Legale rappresentante** |  |
| **RSPP** |  |
| **Azienda Tel.** |  |
| **Azienda e-mail** |  |
| **Settore di attività** |  |
| **N. lavoratori** |  |
| **Tutor aziendale e ruolo professionale** |  |

I campi della tabella “DATI RIFERITI ALL’AZIENDA” sono tutti obbligatori

|  |  |
| --- | --- |
| **DATI RIFERITI ALL’ATTIVITÀ DELL’ALLIEVO** | |
| **Orario: come da Convenzione** | **Luogo di svolgimento:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Mansione:** | |
| **La mansione prevede l’utilizzo di:** | |
| **Macchine(specificare):** | |
| **Attrezzature(specificare):** | |
| **Sostanze (specificare):** | |
| **DPI (specificare):** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATI RIFERITI ALLA SICUREZZA** | **SI** | **NO** |
| **Sono consentiti sopralluoghi in azienda da parte del tutor scolastico, anche preliminari al periodo di stage.** | **X** |  |
| **Il tutor aziendale ha una formazione specifica per svolgere questo ruolo.** | **X** |  |
| **Il tutor aziendale ha ricevuto una formazione in materia di sicurezza sul lavoro.** | **X** |  |
| **Il DVR dell’azienda ha preso in considerazione eventuali rischi a carico di allievi in stage.** | **X** |  |
| **E’ prevista la sorveglianza sanitaria per la mansione assegnata all’allievo.** |  |  |
| **Vengono forniti i DPI, se previsti, per mansione assegnata all’allievo.** |  |  |
| **Nell’azienda è stato adottato ed è applicato un protocollo di sicurezza anti COVID 19 integrativo al DVR aziendale conforme alla normativa nazionale e regionale in vigore legata all’emergenza Covid – 19** |  |  |
| **Nei confronti dell’allievo vengono assicurate le stesse misure di prevenzione di carattere sanitario, adeguati livelli di protezione, formazione e informazione così come previsto dal protocollo di sicurezza anti COVID 19 per i lavoratori.** |  |  |

**RIMINI, li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_**

**[denominazione soggetto ospitante - Timbro]**



**Legale Rappresentante**

**Nome/Cognome …………………..…………………**

**Firma ……………………..………………………….**