

**PERCORSI PER LE COMPETENZE TRASVERSALI E L'ORIENTAMENTO  
RICHIESTA ADESIONE PRELIMINARE e RACCOLTA DATI ED INFORMAZIONI**

Gentili Signori,

questo Istituto, in conformità con quanto previsto dalla legge 107/2015, organizza percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento (In sigla PCTO, ex Alternanza scuola-lavoro) presso Aziende del territorio allo scopo di favorire esperienze di conoscenza e di confronto tra la scuola ed il mondo del lavoro.

Tale esperienze, inoltre, costituiscono un valido momento formativo ed orientativo rispetto alle scelte che, una volta terminati gli studi scolastici, gli studenti dovranno compiere.

Conoscendo la Vs. attenzione a queste problematiche, Vi chiediamo l'eventuale disponibilità ad accogliere l'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ di questo Istituto, che Vi sottopone questa richiesta di adesione, per uno stage della durata di n. \_\_\_\_\_ settimane, programmato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Si fa presente che lo stage sarà regolato da una convenzione nella quale questo Istituto si assume l'onere della copertura assicurativa (INAIL e RC) e non è previsto alcun onere per l'azienda.

**In caso riteniate di offrire la Vostra adesione preliminare Vi preghiamo di compilare e sottoscrivere la scheda allegata, che l'alunno riporterà a scuola.**

Sarà un referente di questo Istituto a contattarla successivamente per definire gli eventuali adempimenti necessari allo svolgimento dello stage.

Ringraziando anticipatamente per la collaborazione, si porgono distinti saluti.

Il Docente Referente di Classe

Il Dirigente Scolastico  
**Prof.ssa Annamaria Benardini**

Tipo	Descrizione	Area	Codice	Pagine
Modulo	Raccolta dati alunno/azienda	PCTO	PCTO.DAT.001	1 di 2



Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, alunno/a dell'IPSIA Ostilio Ricci, in relazione allo stage aziendale che si accinge ad effettuare, **propone** di svolgere tale esperienza presso l'azienda sotto indicata e fornisce al riguardo i seguenti dati:

**DATI ALUNNO**

COGNOME E NOME _____	Classe _____
LUOGO DI NASCITA _____	
DATA DI NASCITA _____	
INDIRIZZO DI RESIDENZA Via/piazza _____	
Comune _____	
NUMERO DI TELEFONO (cellulare e/o dell'abitazione) _____	
NAZIONALITÀ _____	
CODICE FISCALE _____	
COGNOME E NOME GENITORE _____	

**DATI AZIENDA**

DENOMINAZIONE DELL'AZIENDA: _____	
INDIRIZZO DELLA SEDE LEGALE Via _____	
Comune _____	
TELEFONO _____	P. IVA _____
SEDE DEL TIROCINIO ( <b>compilare solo se diversa dalla sede legale</b> ):	
Via _____	
Comune _____	
NUMERO DI DIPENDENTI _____	
L'AZIENDA È DOTATA DI UN <b>DVR</b> (DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI) DI CUI AGLI ARTICOLI 17, 28, E 29 DEL DLGS.81/08 IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DATI DEL TITOLARE / LEGALE RAPPRESENTANTE	
COGNOME E NOME _____	
LUOGO DI NASCITA _____	
DATA DI NASCITA _____	
CODICE FISCALE _____	
NOME TUTOR AZIENDALE _____	
ORARIO DI LAVORO	<input type="checkbox"/> LUN <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> MER <input type="checkbox"/> GIO <input type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/> SAB <input type="checkbox"/> DOM
Mattino	dalle _____ alle _____
Pomeriggio	dalle _____ alle _____
Giornata ad orario ridotto	<input type="checkbox"/> LUN <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> MER <input type="checkbox"/> GIO <input type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/> SAB <input type="checkbox"/> DOM
Orario	dalle _____ alle _____

**Lo studente è autorizzato a svolgere, in questa attività, massimo 40 ore settimanali su 5 giorni. (max 8 ore al giorno)**

TIMBRO e FIRMA del titolare dell'Azienda \_\_\_\_\_

Tipo	Descrizione	Area	Codice	Pagine
Modulo	Raccolta dati alunno/azienda	PCTO	PCTO.DAT.001	2 di 2