



FORMAZIONE SCUOLA-LAVORO

RICHIESTA ADESIONE, RACCOLTA DATI ED INFORMAZIONI

Gentile Azienda,

Il nostro Istituto, in piena conformità con la normativa vigente in materia di istruzione e formazione, organizza i Percorsi per le Competenze Trasversali e l'Orientamento (PCTO), denominazione introdotta dalla Legge n. 145/2018 (che ha ridenominato l'ex Alternanza Scuola-Lavoro, prevista originariamente dalla Legge n. 107/2015). Tali percorsi sono disciplinati dalle relative Linee Guida (D.M. n. 774/2019) e successive modificazioni, compreso il recente Decreto-Legge n. 127/2025 che ne ha rinnovato l'impostazione e ne ha modificato il nome in Formazione scuola-lavoro.

L'obiettivo di queste iniziative è favorire un'esperienza concreta di conoscenza e confronto tra il percorso scolastico e il mondo del lavoro, costituendo un fondamentale momento formativo e orientativo per gli studenti in vista delle loro future scelte professionali e di studio.

Conoscendo la Vs. attenzione verso la formazione giovanile, 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 ottemperanza alle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, Vi chiediamo di specificare se sono eventuale presenza di lavori vietati ai minori ai sensi del D.Lgs. n. 977/1967 e s.m.i, ma comunque svolgibili da quanto previsto nell'art.6 comma 2 dello stesso e se sono previste mansioni per cui è necessaria la sorveglianza sanitaria, come indicato dal D.Lgs. n. 81/2008 (Titolo I, Capo III, Sezione V, Art. 41).

In presenza di tali condizioni, gli alunni non potranno svolgere le mansioni in questione, in quanto attività non compatibili con il percorso formativo e le tutele previste per gli studenti in FSL.

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

Ringraziando anticipatamente per la collaborazione, si porgono distinti saluti.

Il Docente Referente di Classe

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Annamaria Bernardini

Tipo	Descrizione	Area	Codice	Pagine
Modulo	Raccolta dati alunno/azienda	FSL	FSL.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 _____
Indicare nuova residenza nel caso di modifica dal momento dell'iscrizione _____	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	Via/piazza _____
	Comune _____
NUMERO DI TELEFONO (cellulare e/o dell'abitazione) _____	

DATI AZIENDA

DENOMINAZIONE DELL'AZIENDA: _____																						
INDIRIZZO DELLA SEDE LEGALE	Via _____																					
	Comune _____																					
	MAIL _____																					
TELEFONO _____	P. IVA _____																					
SEDE DEL TIROCINIO (compilare solo se diversa dalla sede legale): _____																						
Via-Comune-Provincia _____																						
NUMERO DI DIPENDENTI _____																						
L'AZIENDA È DOTATA DI UN DVR (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"/>																						
Se risposta affermativa, E' PRESENTE LA SEZIONE RIFERITA ALLA PRESENZA DELLO STAGISTA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																						
DATI DEL TITOLARE / LEGALE RAPPRESENTANTE (se nuova azienda oppure ci sono stati cambiamenti recenti)																						
COGNOME E NOME _____																						
LUOGO E DATA DI NASCITA _____																						
CODICE FISCALE _____																						
NOME TUTOR AZIENDALE _____																						
ORARIO DI LAVORO DELLO STUDENTE																						
	<table><tr><td></td><td>LUN</td><td>MAR</td><td>MER</td><td>GIO</td><td>VEN</td><td>SAB</td></tr><tr><td>Mattino (da-a)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Pomeriggio (da-a)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB	Mattino (da-a)							Pomeriggio (da-a)						
	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB																
Mattino (da-a)																						
Pomeriggio (da-a)																						

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

TIMBRO e FIRMA del titolare dell'Azienda _____