****

**VALUTAZIONE DEI RISCHI PCTO**

**PERCORSI PER LE COMPETENZE TRASVERSALI E PER L’ORIENTAMENTO**

|  |
| --- |
| **DATI RIFERITI ALL’AZIENDA** |
| NOME |  |
| INDIRIZZO |  |
| REFERENTE |  |
| RSPP |  |
| TEL. |  |
| EMAIL |  |
| SETTORE DI ATTIVITA’ |  |
| N. DI LAVORATORI |  |
| TUTOR AZIENDALE E RUOLO PROFESSIONALE |  |

|  |
| --- |
| **DARI RIFERITI ALL’ATTIVITA’ DELL’ALLIEVO** |
| ORARIO | LUOGO DI SVOLGIMENTO |
| MANSIONI |  |
| LA MANSIONE PREVEDE L’UTILIZZO DI:MACCHINEATTREZZATURESOSTANZE (SPECIFICARE) |  |  |
| **INFORMAZIONI RIFERITE ALLA SICUREZZA**  |
| E’ CONSENTITO UN SOPRALLUOGO IN AZIENDA DA PARTE DEL TUTOR SCOLASTICO | SI ☐ NO ☐ |
| IL TUOR AZIENDALE HA RICEVUTO UNA FORMAZIONE SPECIFICA PER SVOLGERE QUESTO RUOLO? | SI ☐ NO ☐ |
| IL TUTOR AZIENDALE HA RICEVUTO UNA FORMAZIONE IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO? | SI ☐ NO ☐ |
| IL DVR DELL’AZIENDA HA PRESO IN CONSIDERAZIONE EVENTUALI RISCHI A CARICO DI ALLIEVI IN STAGE | SI ☐ NO ☐ |
| E’ PREVISTA LA SORVEGLIANZA SANITARIA PER LA MANSIONE ASSEGNATA ALL’ALLIEVO? | SI ☐ NO ☐ |
| VENGONO FORNITI I DPI, SE PREVISTI, PER LA MANSIONE ASSEGNATA ALL’ALLIEVO | SI ☐ NO ☐ |

Data ................................................

Firma referente .....................................................