**VALUTAZIONE DEI RISCHI PER L’ATTIVITÁ PCTO ( ex ALTERNANZA SCUOLA LAVORO)**

|  |
| --- |
| **DATI RIFERITI ALL’ AZIENDA**  |
| Nome  |  |
| Indirizzo |  |
| Referente  |  |
| RSPP |  |
| TEL. |  |
| EMAIL |  |
| Settore di Attività |  |
| N.Lavoratori  |  |
| Tutor Aziendale e ruolo professionale  |  |

|  |
| --- |
| **DATI RIFERITI ALL’ ATTIVITÀ DELL’ALLIEVO** |
| Orario | ……………………………………. | …………………………………………… |
| Luogo di svolgimento  |  |  |
| Mansioni  |  |  |
| La mansione prevede l’utilizzo di : macchine attrezzature sostanze (specificare) |  |  |

|  |
| --- |
| **INFORMAZIONI RIFERITE ALLA SICUREZZA** |
|  | SI  | NO  |
| E’ consentito un sopralluogo preliminare in Azienda da parte del Tutor scolastico? |  |  |
| Il tutor Aziendale ha ricevuto una formazione specifica per svolgere questo ruolo? |  |  |
| Il tutor Aziendale ha ricevuto una formazione in materia di sicurezza sul lavoro? |  |  |
| Il DVR dell’Azienda prevede la presenza di allievi in ASL? |  |  |
| E’ prevista la sorveglianza sanitaria per la mansione assegnata all’allievo? |  |  |
| Vengono forniti i DPI, se previsti, per la mansione assegnata all’allievo? |  |  |

 Timbro e Firma