



Sede amministrativa: Via Pio La Torre, 1 – 95018 - RIPOSTO (CT) Tel. 095 6136745 Fax 095 8730469 C.F. 92015900878
Cod. MPI CTIS01300G – mail:ctis01300g@istruzione.it – pec:ctis01300g@pec.istruzione.it - www.iisriposto.gov.it

Prot. N. _____

Riposto

**PATTO FORMATIVO STUDENTE MODULO DI ADESIONE ALLE ATTIVITA' DI
ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO**

Il/a sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____
_____, residente a _____, via _____ frequentante

la classe _____ dell'ITN ITC in procinto di frequentare una esperienza di ASL nel periodo che va dal 11 AL
14 OTTOBRE 2018

_____ presso l'Azienda/ente CAROLI HOTELS SRL _____ nel comune di ___ GALLIPOLI (LE),

DICHIARA

- di essere a conoscenza che le attività che andrà a svolgere costituiscono parte integrante del percorso formativo;
- di essere a conoscenza che la partecipazione al progetto di alternanza scuola lavoro non comporta alcun legame diretto tra il sottoscritto e la struttura ospitante in questione e che ogni rapporto con la struttura ospitante stessa cesserà al termine di questo periodo;
- di essere a conoscenza delle norme comportamentali previste dal C.C.N.L., le norme antinfortunistiche e quelle in materia di privacy;
- di essere stato informato tramite il figlio che lo stesso ha avuto informazioni dal Tutor formativo esterno in merito ai rischi aziendali in materia di sicurezza sul lavoro, di cui al D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni;
- di essere consapevole che durante i periodi di alternanza è soggetto alle norme stabilite nel regolamento degli studenti dell'istituzione scolastica di appartenenza, nonché alle regole di comportamento, funzionali e organizzative della struttura ospitante;
- di essere a conoscenza che, nel caso si dovessero verificare episodi di particolare gravità, in accordo con la struttura ospitante si procederà in qualsiasi momento alla sospensione dell'esperienza di alternanza;
- di essere a conoscenza che nessun compenso o indennizzo di qualsiasi natura gli è dovuto in conseguenza della sua partecipazione al programma di alternanza scuola lavoro;
- di essere a conoscenza che l'esperienza di alternanza scuola lavoro non comporta impegno di assunzione presente o futuro da parte della struttura ospitante;
- di essere a conoscenza delle coperture assicurative sia per i trasferimenti alla sede di svolgimento delle attività di alternanza scuola lavoro che per la permanenza nella struttura ospitante.

SI IMPEGNA

- a rispettare rigorosamente gli orari stabiliti dalla struttura ospitante per lo svolgimento delle attività di alternanza scuola lavoro;
- a seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza o evenienza;
- ad avvisare tempestivamente sia la struttura ospitante che l'istituzione scolastica se impossibilitato a recarsi nel luogo del tirocinio;
- a presentare idonea certificazione in caso di malattia;
- a tenere un comportamento rispettoso nei riguardi di tutte le persone con le quali verrà a contatto presso la struttura ospitante;



Istituto Statale di Istruzione Secondaria Superiore

ITN – ITG – IPS - ITC

Riposto



Istituto Tecnico Nautico
"L. Rizzo"

Istituto Tecnico per Geometri
"N. Colajanni"

Istituto Prof.le per i Servizi
"A. Olivetti"

Istituto Tecnico Commerciale
"E. Pantano"

Sede amministrativa: Via Pio La Torre, 1 – 95018 - RIPOSTO (CT) Tel. 095 6136745 Fax 095 8730469 C.F. 92015900878
Cod. MPI CTIS01300G – mail:ctis01300g@istruzione.it – pec:ctis01300g@pec.istruzione.it - www.iisriposto.gov.it

- a completare in tutte le sue parti, l'apposito registro di presenza presso la struttura ospitante;
- a comunicare tempestivamente e preventivamente al coordinatore del corso eventuali trasferte al di fuori della sede di svolgimento delle attività di alternanza scuola lavoro per fiere, visite presso altre strutture del gruppo della struttura ospitante ecc.;
- ad adottare per tutta la durata delle attività di alternanza le norme comportamentali previste dal C.C.N.L.;
- ad osservare gli orari e i regolamenti interni dell'azienda, le norme antinfortunistiche, sulla sicurezza e quelle in materia di privacy.

POLIZZA ASSICURATIVA

POSIZIONE INAIL: gestione per conto dello stato ex art. 190 comma 2 del T.U. approvato con DPR 30/06/1965.n. 1124

Responsabilità civile e infortuni **BENACQUISTA ASSICURAZIONI: sottoscritta il 18-SETTEMBRE 2018 dal dirigente della struttura promotrice.**

Data.....

Firma dell'alunno

AUTORIZZAZIONE DEL GENITORE

Il sottoscritto soggetto esercente la patria potestà dell'alunno

DICHIARA

- di aver preso visione di quanto riportato nella presente nota
- che il proprio figlio non è affetto da particolari patologie e di non essere intollerante a sostanze, alimenti e bevande particolari;
- che il proprio figlio è affetto dalla seguente patologia.....e/o di essere intollerante a sostanze, alimenti e bevande particolari di seguito descritte

AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a A PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ DI ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO organizzate dalla scuola.

MANLEVA

codesto Istituto da qualsiasi responsabilità civile e penale per fatti e/o comportamenti posti in essere dal proprio figlio che possano accadere durante l'attuazione del percorso di ASL a GALLIPOLI dal 11 al 14 ottobre 2018 secondo il programma illustrato che il genitore con la firma dichiara di aver preso visione

Firma del genitore

.....