

FORMAT PATTO FORMATIVO ALLIEVO/SOGGETTO OSPITANTE
MODULO DI ADESIONE ALLE ATTIVITÀ DI ALTERNANZA SCUOLA LAVORO

Il/a sottoscritto/a (nome e cognome allievo) _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____

frequentante il percorso di

- OPERATORE DEL BENESSERE INDIRIZZO ACCONCIATURA, ANNO _____
- OPERATORE DEL BENESSERE INDIRIZZO ESTETICA, ANNO _____
- TECNICO DELL' ACCONCIATURA
- TECNICO DEI TRATTAMENTI ESTETICI

presso il CFP CAPODARCO sede di Via Demetriade in procinto di frequentare attività di applicazione pratica presso la struttura ospitante nel periodo **dal** _____ **al** _____

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA

- ✓ che le attività che andrà a svolgere costituiscono parte integrante del percorso formativo;
- ✓ 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;
- ✓ non devono sussistere rapporti di parentela fra l'allievo e i lavoratori/gestori dell'azienda;
- ✓ delle norme comportamentali previste dal C.C.N.L., le norme antinfortunistiche e quelle in materia di privacy;
- ✓ in merito ai rischi aziendali in materia di sicurezza sul lavoro, di cui al D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni;
- ✓ che durante i periodi di alternanza è soggetto alle norme stabilite nel regolamento degli allievi dell'istituzione formativa di appartenenza, nonché alle regole di comportamento, funzionali e organizzative della struttura ospitante;
- ✓ 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;
- ✓ che nessun compenso o indennizzo di qualsiasi natura gli è dovuto in conseguenza della sua partecipazione al programma di alternanza scuola lavoro;
- ✓ che l'esperienza di alternanza scuola lavoro non comporta impegno di assunzione presente o futuro da parte della struttura ospitante;
- ✓ 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;
- ✓ svolgere le attività previste nel progetto formativo individuale;
- ✓ seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza o evenienza;
- ✓ avvisare tempestivamente sia la struttura ospitante che l'istituzione scolastica se impossibilitato a recarsi nel luogo del tirocinio;
- ✓ presentare idonea certificazione in caso di malattia;
- ✓ utilizzare gli appositi moduli per l'uscita anticipata;
- ✓ tenere un comportamento rispettoso nei riguardi di tutte le persone con le quali verrà a contatto presso la struttura ospitante;
- ✓ completare in tutte le sue parti, l'apposito registro di presenza presso la struttura ospitante;
- ✓ comunicare tempestivamente e preventivamente al tutor formativo 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.;
- ✓ raggiungere autonomamente la sede del soggetto ospitante in cui si svolgerà l'attività di alternanza scuola lavoro;
- ✓ adottare per tutta la durata delle attività di alternanza le norme comportamentali previste dal C.C.N.L.;
- ✓ osservare gli orari e i regolamenti interni dell'impresa, le norme antinfortunistiche, sulla sicurezza e quelle in materia di privacy
- ✓ osservare il regolamento del CFP.

Luogo e data

Roma, _____

Firma allievo

se minorenne Firma del genitore

FORMAT LETTERA INFORMATIVA/DI ADESIONE PER LA FAMIGLIA DELL'ALLIEVO

Rivolta alle famiglie degli allievi minorenni o agli allievi maggiorenni

Il/a sottoscritto/a (nome e cognome genitore/tutore) _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____

genitore/tutore di _____

frequentante il percorso di

- OPERATORE DEL BENESSERE INDIRIZZO ACCONCIATURA, ANNO _____
- OPERATORE DEL BENESSERE INDIRIZZO ESTETICA, ANNO _____
- TECNICO DELL' ACCONCIATURA
- TECNICO DEI TRATTAMENTI ESTETICI

presso il CFP CAPODARCO sede di Via Demetriade in procinto di frequentare attività di applicazione pratica presso la struttura ospitante nel periodo **dal** / /202 **al** / /202

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE

- ✓ della Convenzione sottoscritta dall'istituzione formativa e dal soggetto ospitante sulla base della quale viene attuato il periodo di alternanza
- ✓ del Progetto formativo Individuale
- ✓ del Patto formativo dell'allievo
- ✓ del Regolamento del CFP

E DI CONDIVIDERE INTEGRALMENTE quanto esposto e firmato dal minore

AUTORIZZA

L'allieva/o a partecipare alle attività di alternanza scuola/lavoro indicate nel progetto formativo individuale secondo le modalità ivi descritte.

DICHIARA ALTRESÌ

di esprimere, ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, il consenso al trattamento, anche automatizzato, dei dati personali contenuti nel Progetto formativo individuale inclusa la loro eventuale comunicazione a soggetti terzi specificatamente incaricati, limitatamente ai fini della corretta gestione del periodo di alternanza scuola-lavoro, da parte dell'istituzione formativa e del soggetto ospitante.

Luogo e data Roma, _____

Firma _____