



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

POLO TECNICO-PROFESSIONALE "GALILEO"

I.T.I.S. "G. GALILEI"

Municipio I – Ambito Territoriale I

Via Conte Verde 51, 00185 ROMA - ☎ 0677071943 / 📠 0677071947

✉ rmtf090003@istruzione.it; rmtf090003@pec.istruzione.it - sito web: www.galileiroma.gov.it

C.M. RMTF090003 - C.F. 80122150586 - C.C.P. 59189001

PATTO FORMATIVO STUDENTE

MODULO DI ADESIONE ALLE ATTIVITÀ DI ALTERNANZA SCUOLA LAVORO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ in via/piazza _____
frequentante la classe _____ sez. _____
in procinto di frequentare le attività di alternanza scuola-lavoro progetto _____
nel periodo dal _____ al _____ dalle ore _____ alle ore _____
per un totale di _____ gg = _____ ore presso la struttura ospitante _____

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 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 e i giorni stabiliti dalla struttura ospitante per lo svolgimento delle attività di alternanza scuola lavoro;
- ad osservare i regolamenti interni dell'azienda, le norme antinfortunistiche, sulla sicurezza e quelle in materia di privacy;
- a completare in tutte le sue parti, l'apposito registro di presenza presso la struttura ospitante;
- 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 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.;
- a tenere un comportamento rispettoso nei riguardi di tutte le persone con le quali verrà a contatto presso la struttura ospitante;
- a raggiungere autonomamente la sede del soggetto ospitante in cui si svolgerà l'attività di alternanza scuola lavoro;
- ad adottare per tutta la durata delle attività di alternanza le norme comportamentali previste dal C.C.N.L.;

Data _____

Firma studente _____

Il/La sottoscritto/a _____ soggetto esercente la patria
potestà dell'alunno/a _____ dichiara di aver preso visione di quanto
riportato nella presente e di

- ☐ autorizzare il/la proprio/a figlio/a a partecipare all'attività di ASL organizzata dalla scuola
- ☐ non autorizzare il/la proprio/a figlio/a a partecipare all'attività di ASL organizzata dalla scuola.

Firma genitore

Il Dirigente Scolastico

Soggetto ospitante

Tutor Scolastico

DICHIARAZIONE DI IMPEDIMENTO/INTERRUZIONE/RINUNCIA
SVOLGIMENTO STAGE IN ALTERNANZA SCUOLA LAVORO (L. 107/15)

Il/La sottoscritto/anato/a a
ilresidente a(.....) in via
frequentante la classesez. nell'a.s. presso

DICHIARA

di non poter effettuare lo stage in ASL previsto dalla L. 107/15, già programmato dall'Istituto:

(progetto).....

(nome azienda).....

(indirizzo).....

periodo dal alper un totale di ore

per il seguente motivo: ☐ **impedimento** ☐ **interruzione** ☐ **rinuncia**

.....

.....