

	SCHEDA INFORMATIVA AZIENDALE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CUCINA SALA/BAR PASTICCERIA	A.F. 2026/2027 <i>Riservato alla Segreteria</i> n.....
---	---	---

(Finalizzata alla stipula della Convenzione di Tirocinio Formativo)

1. DATI ANAGRAFICI DELL'AZIENDA

Denominazione / Ragione Sociale	
Nome Commerciale Azienda	
Identificativo Fiscale	☐ P.IVA ☐ C.F. Numero: _____
Sede Legale	Via: _____ N. _____ CAP: _____ Città: _____ Prov: _____
Contatti	E-mail: _____ Sito Web: _____ Tel: _____ Cell: _____
Registri e Codici	N. R.E.A.: _____ Settore Attività: _____ PAT INAIL: _____
Sede Operativa <i>(se diversa)</i>	Via: _____ N. _____ CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

2. DATI DEL/DELLA LEGALE RAPPRESENTANTE

Cognome e Nome	
Codice Fiscale	
Nato/a a:	Prov: _____ Il: []/[]/[]
Residenza:	VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP: _____ Città: _____

3. ADESIONE E RICHIESTA ALLIEVO/A**Dichiarazione Disponibilità**

Il/La sottoscritto/a richiede la possibilità di accogliere un Allievo/a in tirocinio formativo e dichiara di: ☐ ESSERE disponibile ☐ NON ESSERE disponibile a partecipare alle riunioni per il "contratto formativo" o ad altre iniziative (convegni, meeting, ecc...) organizzati dal CFP. Si richiede un allievo/a dei settori: _____
--

4. DICHIARAZIONE SICUREZZA SUL LAVORO*(Ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)*

Il/La Sottoscritto/a, **Cognome**..... e **Nome**....., in qualità di Legale Rappresentante, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, ai sensi dell'**art. 76 del D.P.R. 445/2000**, dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

☐ DI ESSERE in possesso ☐ DI NON ESSERE in possesso	Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) <i>(In osservanza del D.Lgs. n. 81/2008)</i>	NOMINATIVO RSPP (Responsabile Servizio Prevenzione): Data Rilascio del DVR: []/[]/[] Categoria di rischio dell'attività: ☐ Basso ☐ Medio ☐ Alto
☐ DI ESSERE in possesso ☐ DI NON ESSERE in possesso	Documento di Valutazione dei Rischi Minori	Data Rilascio del DVR MINORI: []/[]/[] <i>Eventuali note:</i>
☐ DI ESSERE in possesso ☐ DI NON ESSERE in possesso	Certificato di Abitabilità* <i>(Relativo ai locali/alloggi per eventuale tirocinio residenziale) *</i> <i>L'obbligo di produzione del certificato è stato introdotto con il Testo unico delle leggi sanitarie</i>	<i>Nessun dato aggiuntivo richiesto</i>

	(poi modificato e sostituito dal D.P.R. 22 aprile 1994, n. 425) e dal Testo Unico dell'edilizia	
--	---	--

5. DATI RELATIVI AI TUTOR AZIENDALI

(Compilare solo la sezione o le sezioni di interesse per il tirocinio dell'allievo)

Nota Requisiti del Tutor: Il/LaTutor aziendale deve possedere esperienze d'ordine pluriennale coerenti con l'attività del tirocinio, un inquadramento contrattuale adeguato e non può seguire contemporaneamente un numero di tirocinanti superiore ai limiti previsti dalle normative regionali vigenti.

☐ TUTOR AREA: CUCINA	
Cognome e Nome:	
Codice Fiscale:	
Nato/a a:	Prov: _____ Il: [__]/[__]/[____]
Contatti: Tel:	E-mail:
Inquadramento: Titolo di studio:	
Ruolo e livello contrattuale:	
Anni di esperienza lavorativa:	
☐ TUTOR AREA: SALA/BAR	
Cognome e Nome:	
Codice Fiscale:	
Nato/a a:	Prov: _____ Il: [__]/[__]/[____]
Contatti: Tel:	E-mail:
Inquadramento: Titolo di studio:	
Ruolo e livello contrattuale:	
Anni di esperienza lavorativa:	
☐ TUTOR AREA: PASTICCERIA	
Cognome e Nome:	
Codice Fiscale:	
Nato/a a:	Prov: _____ Il: [__]/[__]/[____]
Contatti: Tel:	E-mail:
Inquadramento: Titolo di studio:	
Ruolo e livello contrattuale:	
Anni di esperienza lavorativa:	

Macchinari/attrezzature utilizzate dal/dalla tirocinante

(Da definire personalmente con il/la tutor aziendale):

Rischi specifici ai quali il/la tirocinante è esposto/a

Movimentazione dei carichi	SI	NO
Esposizione agenti chimici	SI	NO
Esposizione agenti biologici	SI	NO
Esposizione campi elettromagnetici	SI	NO
Esposizione rumore	SI	NO
Movimentazione dei carichi	SI	NO
Esposizione microclima severo	SI	NO
Lavoro notturno	SI	NO
Esposizione stress-lavoro correlato	SI	NO
Altro (specificare):		

Strumenti e dispositivi di protezione e prevenzione individuali e/o collettivi eventualmente previsti:

Utilizzo di adeguate calzature	SI	NO
Protezione degli occhi e del volto	SI	NO
Protezione delle vie respiratorie	SI	NO
Protezione delle mani	SI	NO
Altro (specificare):		

Data

Timbro e Firma

***si richiede la firma per esteso e leggibile**

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Gli eventuali dati di natura personale eventualmente presenti nel modulo richiesta allievi in tirocinio, sono trattati secondo i principi del GDPR EU-2016/679 e normativa vigente collegata. AFOL COMO ne garantisce l'utilizzo per le finalità strettamente collegate alla necessità di richiesta di tirocinio da parte dell'azienda/ente. Tali trattamenti risultano obbligatori per dar corso alle vostre richieste e non sono quindi soggetti a libero consenso. Per ulteriori informazioni potete contattare il Titolare del Trattamento alla mail privacy@cfpcomo.com

Data

Timbro e Firma

***si richiede la firma per esteso e leggibile**