



## MODULO RICHIESTA ALLIEVI IN TIROCINIO FORMATIVO

A.F. 2017/2018

Io sottoscritto

Cognome ..... Nome .....

richiedo un allievo/a del settore del benessere – estetica / acconciatura

**Dichiaro di**

essere  non essere disponibile a partecipare alle riunioni per il “contratto formativo” o ad altre iniziative (convegni, meeting, ecc...) organizzati dal CFP

Per la stipula della “*Convenzione di Tirocini formativi*” comunico i seguenti **dati relativi all’Azienda:**

Denominazione/Ragione Sociale .....

P.IVA o C.F. (*barrare la scelta*) .....

Via ..... N. .... Cap ..... Città ..... Prov. ....

E-mail ..... Sito .....

Tel. .... Fax .....

Numero R.E.A. .... Settore Attività .....

PAT INAIL.....

Sede operativa (se diversa dalla sede legale).....

**Dati relativi al rappresentante legale:**

Cognome ..... Nome ..... C.

Fiscale..... Nato

a ..... Prov. .... Il ..... Via

..... N. .... Cap ..... Città .....

**Dati relativi al tutor (persona che all’interna dell’azienda supervisiona l’alunno):**

Cognome ..... Nome .....

**Dichiaro di**

essere  non essere in possesso della documentazione relativa alla valutazione dei rischi in osservanza del D.Lgs.n. 81/2008 allego i seguenti dati:

Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione: .....

Data Rilascio del Documento di Valutazione dei Rischi .....

DVR minori

Rischio Chimico moderato non moderato

Data .....

Timbro e Firma .....





## MODULO RICHIESTA ALLIEVI IN TIROCINIO FORMATIVO

A.F. 2017/2018

### “SCHEDA SICUREZZA 81/08”

#### ATTIVITA' DI PREVENZIONE E PROTEZIONE PER LE AZIENDE OSPITANTI ATTIVITA' DI TIROCINIO/ALTERNANZA

Ex. D.Lgs. 9 Aprile 2008, n81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro

#### Denominazione della mansione cui il tirocinante è adibito:

- Interviene a livello esecutivo nel processo di trattamento dell'aspetto della persona con autonomia e responsabilità limitate a ciò che prevedono le procedure e le metodiche della sua operatività.
- Individua le risorse, la programmazione dei servizi e l'organizzazione operativa del lavoro, l'implementazione di procedure di miglioramento continuo, il monitoraggio e la valutazione del risultato, con assunzione di responsabilità di carattere gestionale e relative al coordinamento di attività esecutive svolte da altri.
- La qualificazione nell'applicazione/utilizzo di metodologie di base, di strumenti e di informazioni gli consentono di svolgere attività di trattamento e servizio relative al benessere psico-fisico che non implicano prestazioni di carattere medico, curativo o sanitario, ma che favoriscono il mantenimento, il miglioramento e la protezione dell'aspetto della persona, con competenze negli ambiti dell'accoglienza, dell'analisi dei bisogni, del trattamento estetico di base.
- Collabora al funzionamento e alla promozione dell'esercizio.
- Sostiene lo svolgimento di attività attinenti all'individuazione e all'applicazione di linee cosmetiche e all'effettuazione di trattamenti estetici.

#### Descrizione delle attività svolte dal tirocinante:

- Accoglie il cliente, rileva le richieste e le aspettative monitorandone la soddisfazione;
- Cura l'anamnesi della cliente con la supervisione del tutor aziendale;
- Gestisce gli appuntamenti riconoscendo urgenze e priorità;
- Collabora alla predisposizione della cabina, dei prodotti e della strumentazione necessaria per l'esecuzione dei diversi trattamenti;
- Esegue trattamenti quali manicure, pedicure, pulizia viso e massaggio con la supervisione del tutor aziendale

#### Macchinari/attrezzature utilizzate dal tirocinante (Da definire personalmente con il tutor aziendale):

.....  
.....



Rischi specifici ai quali il tirocinante è esposto:

Movimentazione dei carichi	SI	NO
Sovraccarico bio-meccanico arti superiori	SI	NO
Esposizione agenti chimici	SI	NO
Esposizione agenti biologici	SI	NO
Esposizione rumore	SI	NO
Esposizione infrasuoni	SI	NO
Esposizione ultrasuoni	SI	NO
Esposizione stress-lavoro correlato	SI	NO
Altro	SI	NO

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	SI	NO

Data .....

Timbro e Firma .....

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

*Ai sensi e agli effetti della Legge 196/03, autorizzo il trattamento dei dati personali da parte dell'Agencia per la Formazione, l'Orientamento e il Lavoro della Provincia di Como e dei collaboratori che svolgono attività ad essa correlate, mediante strumenti manuali ed elettronici. Autorizzo altresì l'Agencia comunicazione telefonica, via sms e/o e-mail di informazioni relative all'attività formativa programmata. Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sulla Privacy disponibile sul sito [www.cfpcomo.com](http://www.cfpcomo.com).*

*Responsabile del trattamento dei dati personali è il Direttore dott. Silvio Peverelli*

Si

No

Data .....

Firma

.....