



MODULO di RICHIESTA per ATTIVAZIONE TIROCINIO EXTRACURRICOLARE

A.F. 2025/2026

NUMERO ANNI DI ESPERIENZA LAVORATIVA _____ E-MAIL _____

TELEFONO _____ NUMERO TIROCINANTI IN CARICO AL MOMENTO DELL'ATTIVAZIONE DEL
PRESENTE TIROCINIO² 0 1 2

DATI TIROCINIO

DURATA TIROCINIO _____ MESI³

INDENNITÀ MENSILE DI TIROCINIO RICONOSCIUTA €

					,		
--	--	--	--	--	---	--	--

LORDO NETTO

BUONI PASTO: Sì NO

SERVIZIO MENSA: Sì NO

² Il tutor aziendale può avere in carico, contemporaneamente, massimo 3 tirocinanti extracurricolari.

³ Minimo 2 mesi



UNI EN ISO 9001:2015

(EA.37, 38)

AGENZIA PER LA FORMAZIONE, L'ORIENTAMENTO E IL LAVORO DELLA PROVINCIA DI COMO
CENTRO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE
dedicato a "Luigi Grisoni"

COMO Monteolimpino via Bellinzona, 88 tel. 031/571055 - 574000 fax 575047

C.F. 95092770130 P.Iva 03095420133

e-mail: info@cfpcomo.com www.cfpcomo.com



ARTICOLAZIONE ORARIA DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO (INDICATIVA)⁴:

TURNI STAGE	TURNO MATTINO		TURNO POMERIGGIO	
	Orario Entrata	Orario Uscita	Orario Entrata	Orario Uscita
LUNEDÌ				
MARTEDI				
MERCOLEDÌ				
GIOVEDÌ				
VENERDÌ				
SABATO				
DOMENICA				

ATTIVITÀ DI TIROCINIO

AMBITO DI INSERIMENTO: _____

MANSIONE 1: _____

MANSIONE 2: _____

MANSIONE 3: _____

DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI

DICHIARA DI:

- ESSERE IN POSSESSO DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI IN OSSERVANZA
DEL D.LGS.N. 81/2008

⁴ Per un massimo di 8 ore al giorno e 40 ore settimanali.
Nel rispetto della normativa vigente.

IN PARTICOLARE, SI ALLEGANO I SEGUENTI DATI:

RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE: _____

DATA RILASCIO DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI: _____

DVR PER MINORI

RISCHIO: BASSO MEDIO ALTO

IL RAPPRESENTANTE LEGALE DICHIARA INOLTRE:

MACCHINARI/ATTREZZATURE UTILIZZATE DAL TIROCINANTE (DA DEFINIRE PERSONALMENTE CON IL TUTOR AZIENDALE):

“SCHEDA SICUREZZA 81/08”

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

Ex. D.Lgs. 9 Aprile 2008, n 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro

RISCHI SPECIFICI AI QUALI IL TIROCINANTE È ESPOSTO:

MOVIMENTAZIONE DEI CARICHI	<input type="checkbox"/> BASSO	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> ALTO
ESPOSIZIONE AGENTI CHIMICI	<input type="checkbox"/> BASSO	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> ALTO
ESPOSIZIONE AGENTI BIOLOGICI	<input type="checkbox"/> BASSO	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> ALTO
ESPOSIZIONE CAMPI ELETTROMAGNETICI	<input type="checkbox"/> BASSO	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> ALTO
ESPOSIZIONE MICROCLIMA SEVERO	<input type="checkbox"/> BASSO	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> ALTO
ADDETTI LAVORO NOTTURNO	<input type="checkbox"/> BASSO	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> ALTO
ESPOSIZIONE STRESS-LAVORO CORRELATO	<input type="checkbox"/> BASSO	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> ALTO

ALTRO:

BASSO MEDIO ALTO

STRUMENTI E DISPOSITIVI DI PROTEZIONE E PREVENZIONE INDIVIDUALI E/O COLLETTIVI EVENTUALMENTE PREVISTI:

UTILIZZO DI ADEGUATE CALZATURE SÍ NO

PROTEZIONE DEGLI OCCHI E DEL VOLTO SÍ NO

PROTEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE SÍ NO

PROTEZIONE DELLE MANI SÍ NO

ALTRO: _____

MODALITA' DI ATTIVAZIONE TIROCINIO:

Per presa visione:

NOTE GOL – (Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori) ⁵

MODALITA' DI PAGAMENTO MARCA DA BOLLO (16 euro) PER ATTIVAZIONE CONVENZIONE:

E-BOLLO – pagamento telematico

MODELLO F24 – modello e dichiarazione

Il legale rappresentante dichiara inoltre:

- di avere idonea copertura assicurativa anche per il lavoro a distanza o smart working
- di inoltrare al tirocinante le dovute informative sulla salute e sicurezza nel lavoro agile/smart working

⁵ **ATTENZIONE!** Il "Programma GOL" (Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori) del PNRR, mirato a rilanciare l'occupazione ha come termine ultimo per l'erogazione dei servizi la data del **31 agosto 2026**. Questo significa che le attività e gli interventi finanziati dovranno concludersi entro questa data.

- che alla data di presentazione della domanda di progetto formativo ed al successivo avvio del tirocinio, nell'unità operativa di svolgimento, **non sono in corso procedure di CIG straordinaria o CIG in deroga per mansioni equivalenti a quelle del tirocinio;**
- che nei 12 mesi precedenti l'attivazione del tirocinio, nell'unità operativa di svolgimento del tirocinio medesimo non ha effettuato licenziamenti per mansioni equivalenti a quelle del tirocinio, fatti salvi quelli per giusta causa e per giustificato motivo soggettivo e fatti salvi specifici accordi sindacali con le organizzazioni territoriali più rappresentative; che il tirocinante **non verrà utilizzato per sostituire lavoratori subordinati nei periodi di picco delle attività, malattia, maternità, ferie o infortuni, o per ricoprire ruoli necessari all'organizzazione**
- **di non aver avuto con il tirocinante precedenti rapporti di lavoro dipendente o altre forme di collaborazione nei due anni precedenti** (sono escluse da questa limitazione le esperienze di alternanza scuola-lavoro ovvero prestazioni di lavoro accessorio di durata non superiore ai trenta giorni nei sei mesi precedenti)
- che **l'azienda è in regola con la normativa di cui alla legge n.68 del 1999** e successive modifiche ed integrazioni
- di esprimere, ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), il consenso al trattamento, anche automatizzato, dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, inclusa la loro eventuale comunicazione a soggetti terzi specificatamente incaricati, limitatamente ai fini della corretta gestione del tirocinio

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

GLI EVENTUALI DATI DI NATURA PERSONALE EVENTUALMENTE PRESENTI NELLA 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

LUOGO E DATA

TIMBRO E FIRMA DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

LUOGO E DATA

TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE LEGALE