

DOMANDA INDIVIDUALE DI **ALTERNANZA SCUOLA LAVORO** PRESSO L'AST AN

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di Tutor/docente interno dell'Istituto di Istruzione Superiore _____ tel _____ mail _____

CHIEDE

Che lo studente _____ nat_ a _____

Il _____ residente a _____ cap _____ in via _____

telefono _____ e-mail _____

Iscritto al _____ ad indirizzo _____

Frequentante l' Anno Scolastico ____/ ____

Possa essere accolto per l'effettuazione del percorso di Percorso Competenze Trasversali e di Orientamento -

Alternanza Scuola Lavoro

presso l'U.O./Servizio di _____ sede di _____ dal _____ al _____ per la durata di n. _____ ore

Si impegna a:

- A. operare nel rispetto delle direttive aziendali e delle norme in materia di igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro (D.Lgs 81/08 smi);
- B. rispettare la normativa sulla privacy in attuazione del D.Lgs. n. 196/03;
- C. rispettare le direttive impartite dal Tutor del Servizio in cui si svolge il tirocinio.
- D. predisporre un elaborato dell'esperienza da sottoporre alla preventiva valutazione/approvazione del tutor aziendale ed a consentire l'eventuale utilizzo dello stesso da parte dell'Ast AN.

Allega:

- 1. Progetto Formativo debitamente sottoscritto dalle parti (tutors soggetto ospitante – soggetto promotore)
- 2. Copia certificazione di avvenuta informativa ai sensi del GDPR 679/16
- 3. Copia certificazione di avvenuta informativa ai sensi del D.Lgs.81/08 (a carico dell' Istituto convenzionato)

Dichiara, che gli estremi delle polizze assicurative attivate a carico dell ns Istituto convenzionato e relative allo studente sono:

Polizza di assicurazione per infortuni n. _____ del _____

Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro – inail – n. _____ del _____

Polizza responsabilità civile verso terzi n. _____ del _____

Dichiara, infine, di sollevare l'Azienda da ogni responsabilità civile e penale per eventuali infortuni o malattie professionali che potrebbero derivare da tale frequenza, nonché per eventuali danni arrecati a terzi

Fiducioso/a nell'accoglimento della presente, porge distinti saluti.

Data ___/___/___

Firma del Tutor/docente interno dell'Istituto di Istruzione Superiore _____

Firma Studente _____

Presa visione del Genitore/Tutore Firma (se minore) _____

Firma del Tutor dell'Ast AN Timbro e Firma _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI REG.UE 2016/679

La procedura di iscrizione al tirocinio comporta il trattamento dei dati personali degli istanti da parte dell'azienda sanitaria. Tale trattamento è finalizzato allo svolgimento del procedimento di attivazione ed all'eventuale effettuazione del tirocinio richiesto, nell'ambito delle attività che l'ente predispone nell'esecuzione degli obblighi derivanti dalla legge e dalle convenzioni. Il trattamento è effettuato con modalità manuali e informatiche. Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento del suddetto procedimento e il mancato conferimento comporta l'impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria. I dati raccolti sono quelli da Voi forniti con il presente modulo e saranno elaborati dal personale dell'ente, che agisce sulla base di specifiche istruzioni. I vostri dati possono essere comunicati all'esterno a soggetti nominati responsabili del trattamento per svolgere il servizio e ai soggetti che ne abbiano interesse ai sensi della legge 241/1990 e s.m.i. e per l'adempimento degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni ai sensi del D.lgs 33/2013. I vostri dati possono essere comunicati ad altre amministrazioni così come previsto dalla normativa in vigore.

Il dichiarante può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Reg. UE 679/2016: www.garanteprivacy.it. L'azienda sanitaria è il titolare del trattamento dei dati. L'informativa completa e i dati di contatto del RPD sono disponibili nel sito dell'Ente o presso gli appositi uffici.

(luogo, data, firma)

Il dichiarante

FIRMA DEL GENITORE SE MINORE _____

Firma del Tutor/docente interno dell'Istituto di Istruzione Superiore _____

Firma Studente _____

Presa visione del Genitore/Tutore Firma _____

Data ___/___/___