**VALUTAZIONE DEI RISCHI PER L’ATTIVITA’ DI PCTO**

**PARTE RIFERITA ALL’ENTE / AZIENDA**

|  |  |
| --- | --- |
| **DENOMINAZIONE** |  |
| **INDIRIZZO** |  |
| **RAPPRESENTANTE LEGALE** |  |
| **TELEFONO** |  |
| **E MAIL** |  |
| **SETTORE DI ATTIVITA’** |  |
| **NUMERO DEGLI ADDETTI** |  |
| **TUTOR AZIENDALE E SUA MANSIONE ALL’INTERNO DELL’ENTE/AZIENDA** |  |
| **RSPP** |  |
| **RECAPITI RSPP** |  |

**PARTE RIFERITA ALL’ATTIVITA’ DEGLI STUDENTI**

|  |  |
| --- | --- |
| **CALENDARIO**  **ED**  **ORARIO PREVISTI** |  |
| **MANSIONI** |  |
| **E’ RICHIESTO L’USO DI MACCHINE, ATTREZZATURE, SOSTANZE O DI ALTRI STRUMENTI?**  **SE SI’ SPECIFICARE** | **SI’  NO  (SE SI’ SPECIFICARE)** |

**INFORMAZIONI RIFERITE ALLA SICUREZZA**

|  |  |
| --- | --- |
| **E’ CONSENTITO UN SOPRALLUOGO PRELIMINARE IN AZIENDA DA PARTE DEL TUTTOR SCOLASTICO** | **SI’  NO ** |
| **IL TUTOR AZIENDALE HA RICEVUTO UNA FORMAZIONE SPECIFICA PER SVOLGERE QUESTO RUOLO?** | **SI’  NO ** |
| **IL TUTOR AZIENDALE E’ IN REGOLA PER QUANTO ATTIENE LA FORMAZIONE IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO** | **SI’  NO ** |
| **IL DVR DELL’AZIENDA HA PRESO IN CONSIDERAZIONE EVENTUALI RISCHI A CARICO DEGLI STUDENTI IN ALTERNANZA?** | **SI’  NO ** |
| **E’ PREVISTA LA SORVEGLIANZA SANITARIA PER LE MANSIONI AFFIDATE AGLI STUDENTI?** | **SI’  NO ** |
| **VENGONO FORNITI I DPI, SE PREVISTI, PER LE MANSIONI AFFIDATE ALLO STUDENTE?** | **SI’  NO ** |

LUOGO E DATA

IL RAPPRESENTANTE LEGALE