**MOD\_VALUTAZIONE DEI RISCHI PER L’ATTIVITA’ DI PCTO**

**(Percorsi per le Competenze Traversali e per l’Orientamento)**

**DATI RIFERITI ALL’AZIENDA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome** |  |
| Indirizzo |  |
| Referente |  |
| RSPP |  |
| Tel. |  |
| E-Mail |  |
| Settore di attività |  |
| N° lavoratori |  |
| Tutor esterno (aziendale) e ruolo professionale |  |

**DATI RIFERITI ALL’ATTIVITA’ DELL’ALLIEVO**

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo di svolgimento |  |
| Mansioni |  |
| La mansione prevede l’utilizzo di: *macchine**attrezzature**sostanze (specificare)* |  |
| La mansione prevede l’utilizzo dei seguenti Dispositivi di protezione individuale *(indicare quali)* |  |

**INFORMAZIONI RIFERITE ALLA SICUREZZA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| Il DVR dell’azienda ha preso in considerazione eventuali rischi a carico di allievi in cui attesta di assumersi la responsabilità degli allievi e di tutte le attività previste durante il periodo di PCTO |  |  |
| È prevista la sorveglianza sanitaria per la mansione assegnata all’allievo? |  |  |
| Vengono forniti i DPI, se previsti, per la mansione assegnata all’allievo? |  |  |
| Gli spazi adibiti alle attività degli studenti in PCTO sono conformi alle prescrizioni generali e specifiche degli organismi di settore? |  |  |
| Gli spazi adibiti alle attività degli studenti in PCTO consentano il rispetto di tutte le disposizioni sanitarie previste? |  |  |

**Si allega alla presente il protocollo per le norme anti Covid19**

 Firma del responsabile………………………………………………….