

ISTITUTO PROFESSIONALE STATALE
SERVIZI PER L'ENOGASTRONOMIA E L'OSPITALITÀ ALBERGHIERA
 VIA VANVITELLI - 1 - 0883656745-fax 0883657863 dir 0883652761
 76016- MARGHERITA DI SAVOIA –BT-
 C.M. FGRH07000N - fgrh07000n@istruzione.it fgrh07000n@pec.istruzione.it
 sito web www.ipssarmargherita.gov.it

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ PER L'ATTUAZIONE
 DEL PERCORSO DI ALTERNANZA SCUOLA LAVORO LEGGE 107/2015 - A.S. 2017/2018**

(art.4, Legge 28 marzo 2003, n. 53 – DL 77/2005 – D.P.R. 15 marzo 2010, n. 87 – art. 1 commi 33-43, Legge 13 luglio 2015, n. 107)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
NATO/A A _____ IL ____ / ____ / _____, C.F. _____ IN QUALITÀ DI LEGALE
RAPPRESENTANTE DELL'AZIENDA:
DENOMINAZIONE AZIENDA _____
PARTITA IVA/C.F. _____ TIPOLOGIA (S.S., SPA, SRL, ECC.) _____
SEDE LEGALE (INDIRIZZO) _____ N° _____ CITTÀ _____
DENOMINAZIONE SEDE STAGE _____ (SE DIVERSA DA "DENOMINAZIONE AZIENDA")
TELEFONO: ____ / ____ - ____ / _____ E-MAIL _____

TIPOLOGIA DI IMPRESA

<input type="radio"/>	ATTIVITÀ DEI SERVIZI DI ALLOGGIO E DI RISTORAZIONE		
<input type="radio"/>	IMPRESA		
<input type="radio"/>	NOLEGGIO, AGENZIE DI VIAGGIO,		
<input type="radio"/>	SERVIZI DI SUPPORTO ALLE IMPRESE		
<input type="radio"/>	ALTRE ATTIVITÀ DEI SERVIZI		
<input type="radio"/>	PUBBLICA	<input type="radio"/> PRIVATA	<input type="radio"/> MISTA

DICHIARA

la propria disponibilità ad ospitare gli studenti dell'Istituto I.P.S.S.E.O.A. di MARGHERITA DI SAVOIA –BT-, per l'attuazione del **percorso di Alternanza Scuola Lavoro a.s. 2017-2018** e a progettare le attività formative in collaborazione con l'Istituto stesso;

È CONSAPEVOLE CHE

- a) ai sensi dell'art. 1, comma 2 del d.lgs. 77/2005 e dell'art. 1, commi dal 33 al 43 della Legge 107/2015, l'attuazione dei percorsi avviene sulla base di apposite convenzioni;
- b) l'accoglimento dello studente per i periodi di apprendimento in situazione lavorativa non costituisce rapporto di lavoro e non fa acquisire allo stesso la qualifica di "lavoratore minore" di cui alla L. 977/67 e successive modifiche;
- c) l'attività di formazione ed orientamento del percorso in alternanza scuola lavoro è congiuntamente progettata e verificata da un tutor scolastico, designato dall'Istituzione scolastica e da un tutor formativo della struttura, denominato tutor aziendale, indicato dal soggetto ospitante nella persona del/della:

Sig./Sig.ra _____, C.F. _____ nata/o a _____
 il _____ cell. _____ e-mail _____

- d) le presenze dello studente dovranno essere riportate su apposito registro (fornito unitamente alla convenzione da stipulare tra l'Azienda e l'Istituto scolastico) che dovrà essere controfirmato dal tutor scolastico e dal tutor aziendale, oltreché dal Rettore-Dirigente Scolastico e dal soggetto ospitante (azienda);
- e) la titolarità del percorso, della progettazione formativa e della certificazione delle acquisizioni è dell'Istituzione scolastica;
- f) ai fini e agli effetti delle disposizioni di cui al D. Lgs. 81/2008, lo studente in alternanza scuola lavoro è equiparato al lavoratore, ex art. 2 comma 1 lettera a) del decreto citato;
- g) l'Istituzione scolastica assicura i beneficiari del percorso in alternanza scuola lavoro presso **I'N.A.I.L. – I.N.P.S. –I.T.L.** contro gli infortuni sul lavoro (art. 1 e 4 del D.P.R. n. 1124/1965) mediante la speciale forma di "gestione per conto dello Stato" (art. 127 e 190 del D.P.R. n. 1124/1965), nonché per la responsabilità civile presso compagnie assicurative operanti nel settore;
- h) in caso di infortunio durante lo svolgimento dell'attività di alternanza scuola lavoro, il soggetto ospitante dovrà **dare immediata notizia al Dirigente Scolastico dell'evento occorso allo studente, consentendo di effettuare le relative denunce entro i tempi previsti dalla normativa vigente,**

SI IMPEGNA

ad accogliere l'**ALUNNO/A** _____, frequentante la **CLASSE** _____ **SEZ.** _____ per il settore, il numero di ore e il periodo indicati nel prospetto che segue:

Si precisa che, solo per *gli alunni frequentanti la sezione associata I.P.S.S.A.R.*, l'attività di alternanza dovrà essere svolta, al di fuori dell'orario scolastico, **PER NON PIÙ DI** _____ **ORE.**

SETTORE:

CUCINA
 PASTICCERIA
 SALA E VENDITA
 ACCOGLIENZA

Per numero ORE _____

PERIODO: dal _____ al _____

Data _____

*Timbro dell'Azienda
Per l'AZIENDA/ENTE*

(firma legale rappresentante)

Note:

L'attività di alternanza può essere svolta per non meno di quattro ore e non più di otto ore giornaliere. La presente disponibilità dovrà essere presentata al docente tutor almeno quindici giorni prima dell'avvio dell'attività di alternanza.