**Dichiarazione soggetto ospitante**

**condizioni organizzative sanitarie per percorsi PCTO in presenza**

**Il soggetto ospitante**

Via

Indirizzo sede legale

Prov.

Comune

CAP

rappresentato da

Codice fiscale

Cognome e nome

in riferimento alla convenzione

presso la sede di

**dello studente**

Codice fiscale

Cognome e nome

**stipulata con l’Istituto**

Indirizzo sede legale:

Via

Codice fiscale

* Fermo restando quanto definito nella Convenzione tra Soggetto Ospitante e Istituzione Scolastica;
* avendo fornito all’Istituzione Scolastica Copia del DVR e delle Istruzioni operative per la tutela e la sicurezza dei lavoratori in relazione al possibile contagio da COVID19 (Protocollo di sicurezza integrativo al DVR aziendale anti COVID 19);
* considerato che vengono applicate al tirocinante le stesse misure di carattere sanitario, previste per il personale;

**DICHIARA**

Che in ottemperanza alla normativa nazionale e regionale in vigore legata all’emergenza Covid – 19:

* l’organizzazione degli spazi è tale da ridurre al massimo il rischio di prossimità e di aggregazione;
* vengono adottate misure organizzative di prevenzione e protezione, contestualizzate al settore produttivo di riferimento e si è avuto riguardo alle specifiche esigenze delle persone con disabilità;
* vengono assicurati adeguati livelli di protezione, formazione e informazione nei confronti del tirocinante, così come previsto dalle procedure del protocollo per i lavoratori;
* verrà informato lo studente e l’Istituzione Scolastica rispetto ad ogni eventuale modifica/variazione alle procedure di prevenzione ovvero nuove situazioni di rischio che dovessero insorgere.

Data

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_