

MODULO DI DOMANDA

1. DATI DELL'ISTITUZIONE SCOLASTICA

Denominazione Istituto Scolastico

Sede (*Indirizzo, città della sede principale*)

Codice fiscale dell'Istituto Scolastico

Cognome e Nome del Dirigente Scolastico:

Telefono

PEC

Estremi Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e responsabilità civile (*indicare nome assicurazione e polizze*)

Dichiarazione di aver informato/formato lo studente in materia di norme relative a igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, con particolare riguardo agli obblighi dello studente ex art. 20 D. Lgs. 81/2008

Cognome e Nome del Referente dell'ASL

Recapiti telefonici del Referente dell'ASL

Mail del Referente dell'ASL

2. CANDIDATURA AL PERCORSO DI ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO

Codice percorso (presente nell'avviso pubblico esempio: A01, B02)	N° di posti richiesti	Indirizzo di studi dei ragazzi da proporre	Eventuale periodo desiderato dalla scuola per il percorso 2

Eventuali Annotazioni
