



Ministero dell'Istruzione e del merito- Istituto Tecnico Tecnologico

I.T.I.S. "MAGISTRI CUMACINI"

via C. Colombo – 22100 COMO - tel. 031.590585 – fax 031.525005– C.F. 80014660130
e-mail: cotf01000t@istruzione.it cotf01000t@pec.istruzione.it info@magistricumacini.it
www.magistricumacini.edu.it



MODULO RISCHIESTA DISPONIBILITA' AZIENDALE PCTO

DATI AZIENDALI					
Denominazione					
Codice Fiscale/P.I.					
Sede legale	Via		n. civico		
	Città				
	C.A.P.				
	Provincia				
Sede operativa di svolgimento del tirocinio	Via		n. civico		
	Città				
	C.A.P.				
	Provincia				
Cognome e Nome Responsabile di tirocinio/tutor					
Telefono responsabile					
Mail responsabile					
natura giuridica	<input type="checkbox"/> Ente Privato	<input type="checkbox"/> Ente Pubbico amministrazione	<input type="checkbox"/> Ente Pubbico U.Or.	<input type="checkbox"/> Impresa	<input type="checkbox"/> Professionista
codice ateco		Grado di rischio	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Basso
numero risorse umane					
<input type="checkbox"/>	Solo titolare				
<input type="checkbox"/>	Con dipendenti		N° dipendenti		
Numero tirocini curriculari in corso di svolgimento (anche con altre scuole)					
TUTOR DEL SOGGETTO OSPITANTE					
Cognome e nome					
Codice fiscale					
Telefono					
Mail					
Inquadramento					
<input type="checkbox"/>	titolare di impresa o coadiuvanti o libero professionista (singolo o associato)				
<input type="checkbox"/>	dipendente con contratto a tempo indeterminato				
<input type="checkbox"/>	dipendente con contratto a tempo determinato (durata di almeno 12 mesi)				
<input type="checkbox"/>	con contratto di collaborazione non occasionale (durata di almeno 12 mesi)				
<input type="checkbox"/>	socio lavoratore di cooperativa ai sensi legge 142/2001 (per rapporti a tempo determinato durata di almeno 12 mesi)				
esperienze e competenze professionali possedute					
<i>Inserire sintetica descrizione delle esperienze e competenze professionali possedute a comprova dell'adeguatezza allo svolgimento dell'incarico di tutor</i>					
N° di tirocinanti affidati ad avvio del presente tirocinio					

EVENTUALI ALTRE SEDI OPERATIVE DI SVOLGIMENTO del PCTO

Dati ulteriore sede	Via	n. civico
	Città	
	C.A.P.	
	Provincia	
Dati ulteriore sede	Via	n. civico
	Città	
	C.A.P.	
	Provincia	

DATI RELATIVI AI PERCORSI

Periodo Stage **26 Maggio 2025 – 21 Giugno 2025**

Altri periodi di disponibilità

<i>per ogni indirizzo indicare il numero di studenti che si possono ospitare contemporaneamente</i>	Num Stud.	Eventuali studenti da segnalare (facoltativo)	Mansione previste studente/i	N°ore giorno	Orario di lavoro
<input type="checkbox"/> Costruzioni ambiente e territorio					dalle __:__ alle __:__
	Tutor Az.:				dalle __:__ alle __:__
<input type="checkbox"/> Elettronica					dalle __:__ alle __:__
	Tutor Az.:				dalle __:__ alle __:__
<input type="checkbox"/> Elettrotecnica					dalle __:__ alle __:__
	Tutor Az.:				dalle __:__ alle __:__
<input type="checkbox"/> Automazione					dalle __:__ alle __:__
	Tutor Az.:				dalle __:__ alle __:__
<input type="checkbox"/> Informatica					dalle __:__ alle __:__
	Tutor Az.:				dalle __:__ alle __:__
<input type="checkbox"/> Energia					dalle __:__ alle __:__
	Tutor Az.:				dalle __:__ alle __:__
<input type="checkbox"/> Meccatronica					dalle __:__ alle __:__
	Tutor Az.:				dalle __:__ alle __:__

DATI RELATIVI ALLA SICUREZZA

Utilizzo da parte dello studente di macchinari?	sì	no	Il tutor aziendale ha ricevuto una formazione specifica per svolgere questo ruolo?	sì	no
Utilizzo da parte dello studente di attrezzature?	sì	no	Il tutor aziendale ha ricevuto una formazione in materia di sicurezza sul lavoro?	sì	no
Utilizzo da parte dello studente di sostanze?	sì	no	Il DVR dell'azienda ha preso in considerazione eventuali rischi a carico degli allievi in stage?	sì	no
E' consentito un sopralluogo preliminare in azienda da parte del tutor scolastico?	sì	no	Vengono forniti i DPI, se previsti, per la mansione assegnata all'allievo?	sì	no
E' prevista la visita medica per la mansione assegnata all'allievo?	sì*	no	*Se sì indicare a quali fonti di rischio lo studente è esposto: _____ _____ _____		

*** ATTENZIONE: La visita medica potrà essere svolta da parte del Medico Competente della scuola ESCLUSIVAMENTE dopo aver fornito lo stralcio del DVR in cui è indicata la mansione ed i rischi per l'allievo in PCTO.**

Timbro e Firma referente aziendale

N.B.: Il modulo sarà compilabile anche dal nostro sito una volta che ci avrete fornito ragione sociale, indirizzo e partita IVA dell'azienda.