Gallerie degli Uffizi

Dipartimento per l’Educazione, Area Scuole e Giovani

Firenze

**OGGETTO: Presa visione dell’informativa riguardante i rischi presenti nei luoghi di lavoro**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_studente della classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara di aver preso visione del contenuto dell’informativa/e riguardante i rischi presenti nei luoghi di lavoro dell’Ente Gallerie degli Uffizi, contenuta all’interno della Convenzione di alternanza scuola lavoro, stipulata tra l’Ente Gallerie degli Uffizi e l’Istituto Scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA FIRMA DELLO STUDENTE

FIRMA DEL GENITORE

(in caso di minore)