MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
ISTITUTO STATALE D'ISTRUZIONE SUPERIORE
"Città di Luino – Carlo Volonté"

Sede centrale:
Via Lugano 24/A
21016 LUINO (VA)
Tel.: 0332.530387
FAX: 0332.534523

Sito: www.isisluino.it
E-mail: VAIS003001@istruzione.it
segreteria@isisluino.it
vais003001@pec.istruzione.it
C.F.:84002750127
c/c postale n. 18840215

Sede associata:
Via Cervinia 54
21016 LUINO (VA)
Tel.: 0332.511643
FAX:0332.511643

Ai Genitori e Alunni
delle classi quarte.

Luino, 14/12/2015
Prot. 4849/A

Oggetto: progetto "Alternanza Scuola Lavoro".

Come ogni anno la nostra scuola, in conformità alle linee guida della riforma scolastica, organizza percorsi di alternanza scuola lavoro presso imprese ed Enti del territorio.
Il Collegio Docenti ha individuato per le classi quarte il seguente periodo: dal 11/01/2016 al 30/01/2016.
La permanenza in azienda è da considerarsi attività didattica a tutti gli effetti e le eventuali assenze o esoneri dovranno essere puntualmente giustificati.
Al fine dell'organizzazione dell'attività, Vi viene richiesta la sottoscrizione del modulo allegato, che dovrà essere riconsegnato al docente coordinatore di classe.
Cordiali saluti

Dirigente Scolastico
Prof.ssa Lorena Cesarin
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi e per effetti dell'art. 3, c. 2, Lsg.n. 39/1993)

CERTIFICATE NO.

DID/SS

Il sottoscritto _____

(indicare il nome del firmatario: studente maggiorenne / padre / madre / tutor legale dello studente)

Dichiara di autorizzare L'alunno (dati obbligatori)

Cognome e nome	
Classe sezione corso	
Residente in *Indir. e n. civico*	
C.A.P. Città	
Domiciliato in *Indir. e n. civico*	
C.A.P. Città	
n. cellulare	
Mail	

a partecipare al progetto alternanza scuola lavoro e/o stage per il presente anno scolastico e a tal fine dichiara:

- di aver preso visione e accettarne il regolamento della convenzione di tirocinio, pubblicata all'albo della scuola, conforme al Modello approvato dal Tavolo Tecnico Sicurezza (ASL – DTL – INAIL - OOSS) nella seduta del 28 giugno 2013 ai sensi della d.g.r. n 3153 del 20/3/2012 indirizzi regionali in materia di tirocini nonché della bozza del progetto formativo che sottoscriverà, pubblicata sempre all'albo della scuola conforme al Modello approvato dal Tavolo Tecnico Sicurezza (ASL – DTL – INAIL - OOSS) nella seduta del 28 giugno 2013
- che il sottoscritto sarà il firmatario del progetto formativo e a tal fine comunica che è:
  (solo se il firmatario non è lo studente)

Nato a	
Il	
Residente in *Indir. e n. civico*	
C.A.P. Città	
Domiciliato in *Indir. e n. civico*	
C.A.P. Città	
Codice Fiscale	
n. cellulare	
Mail	
In qualità di *Indicare: padre/ madre / tutor legale*	

- altro (specificare qualsiasi informazione il firmatario ritenga utile comunicare alla scuola per il buon fine del tirocinio e per un'adeguata organizzazione)

  _____

  _____

Luino,

il dichiarante: studente maggiorenne o il padre / madre / tutore legale
FIRMA

e per conoscenza
Il genitore dello studente maggiorenne o lo studente minorenne
FIRMA