

Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca

**LICEO STATALE “ALFONSO GATTO”- AGROPOLI – SA**

SCIENTIFICO - SCIENZE APPLICATE- LINGUISTICO- MUSICALE – CLASSICO

Sede – LICEO SCIENTIFICO –LINGUISTICO: Via Dante Alighieri - tel. 0974/822399 fax 0974827982

Sede associata – LICEO CLASSICO - MUSICALE**:** Via S. Pio X - tel./fax 0974/823212

Sito web: [www.liceogatto.it](http://www.liceogatto.it)– email: saps11000c@istruzione.it - dirigente@liceogatto.it

C.F: 81001630656 - codice fatturazione UF5NBR- : PEC: SAPS11000C@PEC.ISTRUZIONE.IT

***AL DIRIGENTE SCOLASTICO***

***DEL LICEO SCIENTIFICO STATALE “A. Gatto”***

***di Agropoli (Sa)***

**OGGETTO:** **Modulo di richiesta Convenzione individuale al fine del riconoscimento delle ore di Alternanza Scuola Lavoro per l’anno scolastico 2017/18.**

Il/la sottoscritto/a *(genitore)*………………..........................................................................………………

nato/a a……………………………...………………………………….il……………………….…………..

codice fiscale………………………….……………………………………………………………….…….

residente a………………………………………(…….) Via …..………………………………….………

cell. …………………………, e-mail ………………………………..……………………………….…….

genitore dell’alunno/a…………………………………………Classe………Sez………Indirizzo…………

al fine del riconoscimento come alternanza scuola-lavoro dell’attività[[1]](#footnote-1) ……………………………………

**DICHIARA**

che il/la proprio/a figlio/a svolge o svolgerà tale attività presso

(*Struttura ospitante*[[2]](#footnote-2))... …………………………………………………………………………………..…

con sede legale in …………………………………………………………………………………………...

indirizzo …...………………………………………………………………………………………...………

partita iva/codice fiscale …………………………………………………..………………………………..

tel. ………………………………………, e-mail…………………………...…………………………….

rappresentante legale ………………………………………………………………………………………

**Referente dell'Ente/Impresa/studio professionale per l'attività di ASL (tutor esterno):**

Cognome …………………………….…Nome…………………………………………………………….

Cell. …………………….……… E-mail ………………………………..………………………………….

**Durata dell’attività:**

dal mese di……………………anno…………… / al mese di ………………anno………………..

numero di ore complessive…………………………………………………………………………………

luogo di svolgimento dell’attività …………………………………..………………………………………

**Obiettivi formativi specificati dall’ente:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Il sottoscritto è a conoscenza che le ore di Alternanza Scuola Lavoro saranno riconosciute a fine attività se effettivamente svolte e certificate dall’Ente/Impresa/Studio professionale.

**Data**…………………………….

**Firma dello studente Firma di un genitore**

…………………………………….. …………………………………………..

1. Indicare il tipo di attività svolta. [↑](#footnote-ref-1)
2. Indicare la struttura ospitante: Ente, Associazione, Impresa, studio professionale, altro. [↑](#footnote-ref-2)