



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

I.T.S. "G. QUARENCHI"

VIA EUROPA, 27 – 24125 BERGAMO

Tel. 035/319.444 – Fax 035/311.704

E-mail: bglt02000t@istruzione.it – bglt02000t@pec.istruzione.it

www.isisquarenghi.gov.it – C.F. 80028560169

CIRCOLARE N. 60

Bergamo, 21/10/2017

AGLI STUDENTI DELLE CLASSI QUARTE
E AI LORO GENITORI
TUTOR ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO
COORDINATORI DELLE CLASSI QUARTE
DSGA
SITO

OGGETTO: **ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO - Esperienze di tirocinio classi QUARTE**

Si informa che anche quest'anno l'Istituto organizza un percorso di Alternanza Scuola-Lavoro presso studi professionali, imprese edili e delle costruzioni, enti e comuni, magazzini di materiale edilizio e laboratori legati all'attività didattica.

La legge nazionale n. 107 del 2015 'BUONA SCUOLA' ha reso obbligatori i periodi di apprendimento mediante esperienze dirette sui luoghi di lavoro, gli stessi devono far parte dell'offerta formativa e le competenze acquisite saranno certificate in sede d'esame conclusivo del ciclo di studi.

Per le classi **quarte** è previsto un percorso formativo dal 15/01/2018 al 27/01/2018 per circa 80 ore totali

Il tempo previsto presso l'Ente ospitante sarà da gestire nel periodo sopra indicato e secondo modalità condivise.

All'interno di ogni classe è stato nominato un docente con funzione di tutor scolastico, che funge da riferimento per i vari alunni e che terrà i contatti con il tutor aziendale indicato dal datore di lavoro.

Il periodo lavorativo è da intendersi come parte integrante dell'attività didattica e, come tale, sarà oggetto di una valutazione da parte dei tutor e contribuirà al giudizio finale di ogni alunno.

Per ciascun partecipante sarà approntata tutta la documentazione richiesta dalla normativa, che dovrà essere controfirmata dall'alunno e, in caso di età inferiore ai diciotto anni, anche da un genitore.

Gli alunni che eventualmente vogliono effettuare il periodo lavorativo presso enti o aziende o studi di loro conoscenza, possono avvalersi di tale opportunità, segnalandone il nominativo al tutor di classe, utilizzando il modulo allegato, entro il 31 ottobre 2017.

Seguiranno informazioni dettagliate sui rispettivi luoghi di lavoro non appena sarà definito il quadro delle disponibilità aziendali e dei suggerimenti da parte degli alunni.

La Funzione Strumentale ASL

Prof. Marco Callegaretti

firma autografa sostituita da indicazione a mezzo stampa, ai sensi dell'art.3, comma 2, D.Lgs 39/93

La Dirigente Scolastica

Prof.ssa Elsa Perletti

TIROCINANTE			
Cognome		Nome	
Nato a			
Il	/	/	
Residente in	Via 24	-	n. (BG)
Codice Fiscale			
Telefono			
Mail			

SOGGETTO OSPITANTE	
Denominazione	
Sede legale in	Via 24 - n.
Codice Fiscale	
Sede operativa (ev. Cantiere)	Via 24 - n.
Responsabile	
Nato a	
il	/ /
Telefono	
Mail	

SOGGETTO OSPITANTE	
NATURA GIURIDICA	
	<i>apporre il simbolo <input checked="" type="checkbox"/> nella sola cella relativa alla tipologia di appartenenza</i>
<input type="checkbox"/>	Datore di lavoro pubblico
<input type="checkbox"/>	Datore di lavoro privato
SETTORE DI APPARTENENZA	
	<i>apporre il simbolo <input checked="" type="checkbox"/> nella sola cella relativa alla tipologia di appartenenza</i>
<input type="checkbox"/>	Industria
<input type="checkbox"/>	Artigianato-commercio
<input type="checkbox"/>	Cooperazione
<input type="checkbox"/>	Edilizia
<input type="checkbox"/>	Logistica e Trasporti
<input type="checkbox"/>	Ristorazione e tempo libero
<input type="checkbox"/>	Servizi alla persona
<input type="checkbox"/>	Servizi alle imprese
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)
CONTRATTO DI LAVORO	
<i>Inserire l'indicazione del CCNL adottato dal soggetto ospitante</i>	

NUMERO ADDETTI DELLA SEDE OPERATIVA DI INSERIMENTO (per i tirocini curricolari non sono posti limiti in relazione al numero di addetti)	
	<i>apporte il simbolo <input checked="" type="checkbox"/> nella sola cella relativa alla tipologia di appartenenza</i>
<input type="checkbox"/>	0 -5 addetti
<input type="checkbox"/>	6 -19 addetti
<input type="checkbox"/>	20 o più addetti

GESTIONE DEL TIROCINIO	
LE FUNZIONI DI TUTORAGGIO	
TUTOR DIDATTICO ORGANIZZATIVO	
Nominativo	<i>Prof.....</i>
Telefono	035319444
Mail	alternanza@isisquarenghi.it
Titolo di studio	Laurea

TUTOR AZIENDALE	
Nominativo	
Telefono	
Mail	
Inquadramento	<i>apporte il simbolo <input checked="" type="checkbox"/> nella sola cella relativa alla tipologia di appartenenza</i>
<input type="checkbox"/>	titolare
<input type="checkbox"/>	dipendente con contratto a tempo indeterminato
<input type="checkbox"/>	socio lavoratore
<input type="checkbox"/>	libero professionista

DURATA E ARTICOLAZIONE ORARIA			
Durata	DUE SETTIMANE	dal 15/01/2018	al 27/01/2018
Articolazione oraria	Secondo orario di lavoro dell'ente ospitante.		
	Mattino	dalle	alle
	Pomeriggio	dalle	alle
	DAL LUNEDI'		AL

APPENDICE (Dati genitore o esercente patria potestà, da utilizzarsi solo in caso di tirocinante minorenni; allegare copia documento di identità solo se non consegnata l'anno scorso)

Il sottoscritto	
Nato a	
Il	
Residente in	Via n. prov. ()
Codice Fiscale	
Telefono	
Mail	
In qualità di	