



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: [bgtl02000t@istruzione.it](mailto:bgtl02000t@istruzione.it) – [bgtl02000t@pec.istruzione.it](mailto:bgtl02000t@pec.istruzione.it)  
[www.isisquarengi.gov.it](http://www.isisquarengi.gov.it) – C.F. 80028560169



## CIRCOLARE N. 197

Bergamo, 05/02/2019

- TUTOR ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO- classi 3<sup>^</sup>
  - STUDENTI e GENITORI delle classi 3<sup>^</sup>
- STRUTTURE OSPITANTI ALTERNANZA a.s. 2018-19
  - P.c. DOCENTI TUTTI
  - Registro elettronico

**OGGETTO: PROGETTO ALTERNANZA SCUOLA LAVORO a.s. 2018-19 - Richiesta di collocazione autonoma per attività di tirocinio CURRICOLARE, OBBLIGATORIO**

GENTILI FAMIGLIE,

si comunica che, nell'ambito del progetto ALTERNANZA SCUOLA LAVORO, il periodo di **tirocinio OBBLIGATORIO** per tutti gli studenti delle **classi terze a.s. 18\19**, si svolgerà dal **16/09/2019 al 28/09/2019**.

Gli ALUNNI che sono interessati ad effettuare il tirocinio presso enti o aziende di loro preferenza devono compilare la scheda allegata (RICHIESTA DI COLLOCAZIONE AUTONOMA) entro e non oltre il **25\02\19**. Non saranno prese in considerazione richieste consegnate successivamente a tale data. Per quanto possibile si cercherà di soddisfare le preferenze di strutture individuate dagli studenti anche se l'abbinamento dovrà tenere in considerazione gli obiettivi del percorso e le competenze da sviluppare e/o consolidare. Per gli studenti che non individuano una struttura ospitante non può essere garantita a priori la vicinanza alla loro residenza.

L'istituzione scolastica si riserva comunque la possibilità di escludere quelle strutture che, a suo giudizio, non sono in grado di garantire una proficua esperienza formativa o un sufficiente numero di ore di tirocinio.

Una volta ottenuta, dal tutor scolastico, l'approvazione per la struttura ospitante, gli studenti dovranno inserire i dati raccolti nel modulo online accessibile inserendo il seguente indirizzo:

**<https://goo.gl/forms/11IScCkKfbsII983>**

(solo per tirocinio curricolare delle classi III)

Per qualsiasi problema e/o richiesta di chiarimento contattare il proprio tutor scolastico.

Cordialità

F.to il Dirigente scolastico  
**ELSA PERLETTI**

firma autografa sostituita da indicazione a mezzo stampa, ai sensi dell'art.3, comma2, D.lgs 39/1993

**Allegati:**

RICHIESTA DI COLLOCAZIONE AUTONOMA

# Istituto Tecnico Statale "Giacomo Quarenghi"

Via Europa, 27 – 24125 - Bergamo

tel. 035 319444, mail: [alternanza.istitutoquarenghi@gmail.com](mailto:alternanza.istitutoquarenghi@gmail.com)

## ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO

### RICHIESTA DI COLLOCAZIONE AUTONOMA

*N.B. Si prega di **scrivere in stampatello** e completare accuratamente **tutti i campi**.*

TIROCINANTE					
Classe		Sezione		Anno Scolastico	2018\19
Codice Fiscale					
Nome		Cognome			
Comune Nascita					
Data Nascita	/	/			
Residente in	Via cap.:	- Comune:		n.	
Telefono					
E-Mail					

GENITORE O ESERCENTE PATRIA POTESTÀ			
<small>(da utilizzarsi solo in caso di tirocinante minorenni; allegare copia documento di identità)</small>			
Codice Fiscale			
Nome		Cognome	
Comune Nascita			
Data Nascita	/	/	
Telefono			
E-Mail			
In qualità di			

**SOGGETTO OSPITANTE**

Codice Fiscale				
Denominazione				
Tipologia Struttura				
<input type="checkbox"/>	Ente Privato	<input type="checkbox"/>	Ente pubblico amministrazione	
<input type="checkbox"/>	Ente pubblico unità organizzativa	<input type="checkbox"/>	Impresa	
<input type="checkbox"/>	Professionista	Indicare di seguito la tipologia di professionista		
<b>Professionista</b>	<input type="checkbox"/> Geometra	<input type="checkbox"/> Architetto	<input type="checkbox"/> Ingegnere	<input type="checkbox"/> Altro
Sede legale	Via cap.:                      Comune:		n.	
Sede operativa <small>(solo se diversa dalla legale)</small>	Via cap.:                      Comune:		n.	
<b>Precedenti collaborazioni</b>	Indicare se l'azienda ha attivato tirocini con il nostro istituto negli <b>ultimi 5 mesi</b>			
	<b>si</b>		<b>no</b>	

**RAPPRESENTANTE LEGALE**

Codice Fiscale			
Nome		Cognome	
Data di Nascita	/	/	
Luogo di Nascita			

**TUTOR AZIENDALE**

Nome		Cognome	
e-mail			
Telefono			
Ruolo			
<input type="checkbox"/>	titolare	<input type="checkbox"/>	socio lavoratore
<input type="checkbox"/>	dipendente con contratto a tempo indeterminato	<input type="checkbox"/>	libero professionista

**DISPONIBILITA'** *(campi obbligatori)*

Durata	Dal	/	/	Al	/	/
Articolazione oraria	Mattino:	Dalle Ore		Alle Ore		
	Pomeriggio:	Dalle Ore		Alle Ore		
	Dal	Lunedì'	Al .....			

Descrizione delle attività che potrà svolgere il tirocinante *(campo obbligatorio)*: .....

.....

.....

FIRMA TITOLARE

FIRMA GENITORE o  
STUDENTE MAGGIORENNE

.....

.....