



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 – bgtl02000t@pec.istruzione.it

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



CIRCOLARE N. 197

Bergamo, 05/02/2019

- TUTOR ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO- classi 3[^]
 - STUDENTI e GENITORI delle classi 3[^]
- 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/11ISCCkDKFbsII983>

(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

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		
Professionista	<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.	
Precedenti collaborazioni	Indicare se l'azienda ha attivato tirocini con il nostro istituto negli ultimi 5 mesi			
	si		no	

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' <small>(campi obbligatori)</small>			
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

.....

.....