|  |
| --- |
| **ANNO SCOLASTICO 2017/18 – Percorso Alternanza Scuola Lavoro -** |

**Della CLASSE ….^ sez. …. Indirizzo ……………………………………**

DURATA COMPLESSIVA DELL’ESPERIENZA TRIENNALE : almeno ………… ore

(Attività formativa propedeutica all’esperienza lavorativa in orario curricolare: …… ore)

**Attività formativa propedeutica all’esperienza lavoro nel corrente anno: …… ore**

**ATTIVITA’ FORMATIVA PROPEDEUTICA - MODULI ORIENTATIVI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attività prevista** | **Modalità di svolgimento** | **Ore** | **Materia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ATTIVITA’ FORMATIVA PROPEDEUTICA - MODULI DI CARATTERIZZAZIONE DEL PERCORSO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attività prevista** | **Modalità di svolgimento** | **Ore** | **Materia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Esperienza lavorativa** | | | |
| dal …../….../ …..  al ….../....../ 18  (........gg) | Stage aziendale | Ore  ……… | AZIENDA/IMPRESA |

**Si invitano i Docenti a sviluppare i moduli di pertinenza e a registrare l’attività sul registro Spaggiari selezionando Alternanza Scuola-Lavoro dal menu argomento.**

Il Coordinatore di classe …………………………………… Il Tutor scolastico Prof. ………………………………………………

Da allegare copia al verbale di classe e inviare una copia in formato elettronico al referente F S ASL alternanzaprofessionale@isisvasari.eu