

Modulo per richiesta dell'attività di alternanza scuola lavoro

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

Classe _____ indirizzo di studi _____

- Ha già partecipato ad uno stage formativo SI ☐ NO ☐

Dove: Azienda / ente _____ numero ore _____

- In possesso di contatto indica l'ambito dove potrà essere effettuato lo stage / percorso di ASL

☐ Amministrativo ☐ Commerciale ☐ Tecnico ☐ Volontariato

☐ Altro (specificare) _____

Specificare denominazione (ente, azienda, studio professionale, laboratorio, associazione) dove verrà effettuato lo stage / percorso di ASL

Denominazione _____

Via _____ Località _____

Tel. _____ E-mail _____

Contatto (tutor aziendale, e-mail, telefono)

Periodo di svolgimento dello stage / percorso di ASL _____

Motivazione della scelta _____

Breve descrizione delle attività che verranno svolte

Data _____ Firma _____

Firme degli esercenti la patria potestà sul minore

_____ / _____