***(Su carta intestata dell’Istituto)***

**Progetto formativo di Alternanza Scuola Lavoro**

**Alternanza in Filiera nel settore Farmaceutico**

**SCHEDA DI PARTECIPAZIONE**

***Anno scolastico 2018/2019***

DENOMINAZIONE ISTITUTO ……………………………………………………….

CODICE MECCANOGRAFICO………………………………………………………..

INDIRIZZO (via/Piazza)………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dirigente Scolastico | Cognome e Nome | telefono | Indirizzo E-mail |  |
|  |  |  |  |
| Docente Tutor | Cognome e Nome | telefono | Indirizzo E-mail |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Indirizzo di studio della classe per cui si chiede la partecipazione | disponibilità a svolgere le attività di ASL anche in momenti extra scolastici | disponibilità ad avviare il percorso a partire dalle terze classi | Numero studenti | supporto da parte dei tutor ANPAL |
|  | □ SI  □ NO | □ SI  □ NO |  | □ SI  □ NO |

…………..…lì,…………..

Il Dirigente Scolastico

(Timbro e firma)