

P.C.T.O.
(ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO)
A.S. 2018/2019

ALLIEVO

COGNOME _____ **NOME** _____ **CL.** _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____

Via _____ N. _____

Telefono _____ Cell. _____

SETTORE: _____

EVENTUALI RICHIESTE (periodo – località ecc....)

DOCENTE REFERENTE:

DENOMINAZIONE AZIENDA _____

TITOLARE _____

SEDE STRUTTURA _____

VIA _____ **N.** _____

TELEFONO _____ **CELL.** _____

TUTOR AZIENDALE _____

P.IVA/COD.FISC _____

EMAIL _____

SETTORE DELL'ALTERNANZA _____

PERIODO

DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

ORARIO DI STUDIO – LAVORO DALLE _____ ALLE _____

E DALLE _____ ALLE _____

GIORNO LIBERO _____

FIRMA DELL'ALUNNO/A

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI
