**Modulo D21 - RICHIESTA DATI ASSOCIAZIONI, SOCIETA’ SPORTIVE, ISTITUTI DI FORMAZIONE,**

**AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DI ESPERIENZE PCTO (ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO)**

Spett.le Associazione,

a seguito della valutazione effettuata dal Consiglio di Classe dello/a studente/ssa sotto indicato/a, è possibile procedere al riconoscimento dell’attività svolta presso il vostro ente ai fini dei Percorsi per le Competenze Trasversali e l’Orientamento, **a condizione** che il/la medesimo/a sia **regolarmente tesserato, iscritto nei vostri registri**, o in ogni caso **coperto da vostra assicurazione**.

A tal fine vi chiediamo di compilare la parte di vostra competenza, con i dati necessari all’accreditamento della vostra Associazione/Società/Istituto (o affini), e l’indicazione previsionale dell’attività svolta e dell’orario relativo.

Ringraziando per la disponibilità, si porgono cordiali saluti.

***A cura dello studente/famiglia:***

Nominativo: ……………………………………………………………………………. Classe: ……………………

Luogo e data di nascita: ………………………………. - ……/……/……

Firma del genitore (o chi esercita potestà genitoriale), per presa visione e conferma del patto formativo: ………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***A cura dell’Associazione/Società sportiva/Istituto di formazione o altro:***

RAGIONE SOCIALE: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......

PARTITA IVA / CODICE FISCALE: ……………………………………………………………………………………………………………………........

E-MAIL (caratteri leggibili): …………………………………………………………………………………………………………………………………….......

TELEFONO: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......

SEDE LEGALE (indirizzo completo): …………………………………………………………………………………………………………………......

SEDE DEL TIROCINIO (SE DIVERSA): ……………………………………………………………………………………………………………....

LEGALE RAPPRESENTANTE: Cognome-Nome ……………………………….……………………………………………………….....

Luogo e data di nascita ............................. - …….…./…….…./…………...

Codice Fiscale …………………………………………………………………………………………….…....

TUTOR INTERNO: Cognome-Nome………………………………………………………………………………………..……………….......

E-mail/Tel …………………………………….………….……………………………………………………………………….....

PERIODO: dal ……/……/………. al ……/……/……… ORE PREVISTE TOTALI: …………….……

MANSIONE prevista:…………………………………………………………………………………………….....................…….

COPERTURA ASSICURATIVA:............................................................................................................................................

N. TESSERAMENTO O ISCRIZIONE STUDENTE:...................................................................................................................................

**COMPETENZE (max 3)**: □ Puntualità e precisione □ Osservazione critica □ Consapevolezza di sé

□ Relazioni di cura (educative, sostegno alla persona) □ Abilità professionali □ Linguistiche

□ Scientifico-tecnologiche □ Organizzative e gestionali □ Informatiche □ Giuridiche

□ Economiche e sociali □ Sportive a livello agonistico □ Artistiche □ Uso di fonti storiche

Data: …../…../…………. Firma e timbro: ………………………………………………………..