

**ALLO STAFF DI DIRIGENZA**

**AI DOCENTI INTERESSATI**

**AL TUTOR PCTO**

**PROF.SSA.……………………………**

**AGLI ALUNNI DELLA CLASSE…………**

**e p.c AI GENITORI INTERESSATI**

**AL DSGA**

**ALBO**

**ATTI**

**SEDE**

# OGGETTO: Avvio attività di PCTO (inserire titolo del progetto)

Si comunica l’avvio, come da calendario di seguito indicato, del PCTO previsto per la classe in indirizzo.

La partecipazione alle attività di PCTO è subordinata alla consegna del Patto formativo sottoscritto dallo studente

e dai genitori.

Le attività calendarizzate potranno subire variazioni che saranno comunque tempestivamente comunicate.

Si invitano i tutor interni a concordare ogni fase del percorso programmato con i tutor esterni.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Durata** | **Attività** | **Classi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Il Dirigente Scolastico**

**Prof.ssa Laura M. Cestaro**

Firma autografa omessa ai sensi dell’art.3 c.2 del D.L.n.39/1993