****

Allo Staff di Dirigenza

AI DOCENTI INTERESSATI

AL TUTOR PCTO

 PROF./SSA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AGLI ALUNNI DELLA CLASSE\_\_\_\_\_\_\_

e p.c ALLA FAMIGLIA

 DSGA

ALBO

ATTI

SEDE

**OGGETTO: Avvio attività di PCTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

La partecipazione alle attività di PCTO è subordinata alla consegna, al tutor scolastico, del Patto Formativo sottoscritto dallo studente e dai genitori.

Si precisa che l'attività in parola è obbligatoria, pertanto sarà riconosciuta valida se frequentata per almeno 3/4 del monte ore previsto.

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Attività** **aula** | **Uscita** **sul** **territorio** | **Orario** | **Ore****complessive** | **Argomento/Attività** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Totale** **ore** |  |  |

**Il Dirigente Scolastico**

**Prof.ssa Laura M. Cestaro**

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