Agli alunni

Ai genitori degli alunni

CLASSE ……sez…..

OGGETTO: ProgettoPCTO – “ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ”

a.s. ……………..

Gli alunni della classe…………………, come deliberato dal Collegio dei docenti e dal Consiglio di classe parteciperanno, nel corrente anno scolastico, al Progetto“PCTO – PERCORSI PER LE COMPETENZE TRASVERSALI E PER L’ORIENTAMENTO” ex ASL (di cui all’art.4 della Legge n.53/2003 e al Decreto Legislativo attuativo n.77/2005, integrato dalla legge n.107/2015).

Gli studenti effettueranno un percorso formativo di \_\_\_\_\_\_ ore nell’arco del triennio.

L’attività di PCTO – Percorsi per le Competenze Traversali e per l’Orientamento si svolge grazie alla collaborazione e alla disponibilità di imprese e soggetti pubblici e privati del territorio e rappresenta una importante opportunità di formazione e di orientamento che consente allo studente di approfondire e ampliare la preparazione scolastica, confrontandola con quella del mondo del lavoro.

I percorsi individuali saranno co-progettati dal tutor interno e dal tutor esterno per condividere gli obiettivi specifici da perseguire, i criteri di verifica e di valutazione delle competenze acquisite.

Gli alunni saranno inseriti presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

L’esperienza sarà valutata nelle varie discipline coinvolte, come una comune attività didattica, e sarà oggetto di attribuzione di crediti in sede di scrutinio finale.

L’attività di stage si svolgerà nel seguente periodo:

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

Per ulteriori chiarimenti le SS.LL. possono rivolgersi al referente d’Istituto per PCTO prof.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e al tutor interno prof.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Dott. Claudio Argento)

***Tagliando da riportare firmato dal genitore entro il\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_al tutor interno***

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_\_\_ dichiara di avere ricevuto e letto la comunicazione del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relativa al

Progetto di “PCTO – Percorsi per le Competenze Traversali e per l’Orientamento”

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_