

PREMIO DELLE CAMERE DI COMMERCIO "STORIE DI ALTERNANZA"

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER LA PARTECIPAZIONE AL LIVELLO TERRITORIALE

N.B. La domanda di iscrizione deve essere debitamente compilata e inviata alla Segreteria organizzativa del Premio:

- dal 1° settembre al 27 ottobre 2017 per partecipare alla **SESSIONE II SEMESTRE 2017**
- dal 1° febbraio al 20 aprile 2018 per partecipare alla **SESSIONE I SEMESTRE 2018**

DATI PARTECIPANTI

DATI SCUOLA

TIPOLOGIA SCUOLA	<input type="checkbox"/> LICEO
	<input type="checkbox"/> ISTITUTO TECNICO O PROFESSIONALE
NOME SCUOLA	
CODICE FISCALE	
REGIONE	
PROVINCIA	COMUNE
CAP	VIA
SITO WEB	
E-MAIL	
TELEFONO	FAX
SKYPE	
PAGINA FACEBOOK	
TWITTER	
CANALE YOUTUBE	
ALTRI SOCIAL	

DATI DIRIGENTE SCOLASTICO DELLA SCUOLA CAPOFILA

Nome
Cognome
e-mail
Telefono/ Cellulare

DOCENTE TUTOR INTERNO

DOCENTE TUTOR 1
Nome
Cognome
Materia di insegnamento
e-mail
Telefono
Cellulare
Contatto Skype

POSSIBILITÀ DI INSERIRE TUTOR 1, 2, 3, ECC**TUTOR ESTERNO**

DOCENTE TUTOR 1
Nome
Cognome
Azienda/Ente
Indirizzo
Telefono
E-mail
Contatto Skype

POSSIBILITÀ DI INSERIRE TUTOR 1, 2, 3, ECC**DATI STUDENTI**

STUDENTE 1
Nome
Cognome
Data di nascita FORMATO GG/MM/AAAA
Luogo di nascita

Cittadinanza		
Genere	M	F
Classe frequentata*	ANNO DI CORSO SEZIONE INDIRIZZO	

POSSIBILITÀ DI INSERIRE STUDENTE 1, 2, 3, ECC.

DATI PROGETTO DI ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO

Titolo del Progetto

max 20 caratteri

FIRME E TIMBRI

Luogo e Data: _____

Firma docente Tutor: _____

(INSERIRE PIÙ FIRME IN PRESENZA DI PIÙ TUTOR)

Firma Dirigente scolastico: _____

TIMBRO