**ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO**

**REGISTRO DELLE PRESENZE / ATTIVITÁ DI FORMAZIONE**

(rif. Convenzione ………………………………………………………………………………)

|  |  |
| --- | --- |
| Studente |  |
| Luogo e Data di nascita |  |
| Classe |  |
| Tutor scolastico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ente ospitante | **GALLERIE DEGLI UFFIZI** |
| Funzionario responsabile Ente Formatore | Dott.ssa Silvia Mascalchi |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DATA** | DALLE ORE | ALLE ORE | FIRMA STUDENTE |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
|  | Totale ore della Formazione | | |

**Il presente modulo, debitamente compilato, deve essere consegnato esclusivamente all’Istituto scolastico di appartenenza dello studente.**

Il Tutor Scolastico

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

**NOTA: al presente modello è necessario allegare la scheda del percorso formativo di ASL**