



Camera di Commercio
Trapani



storie di alternanza

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° 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	COD. MECCANOGRAFICO
SE PARTE DI UN ISTITUTO COMPRENSIVO NOME ISTITUTO COMPRENSIVO	COD. MECCANOGRAFICO
CODICE FISCALE	
REGIONE	
PROVINCIA	COMUNE
CAP	VIA
SITO WEB	
E-MAIL	
TELEFONO	FAX
SKYPE	
PAGINA FACEBOOK	
TWITTER	
CANALE YOUTUBE	
ALTRI SOCIAL	



Camera di Commercio
Trapani



storie di alternanza

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
Skype

POSSIBILITÀ DI INSERIRE TUTOR 1, 2, 3, ECC

TUTOR ESTERNO

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

POSSIBILITÀ DI INSERIRE TUTOR 1, 2, 3, ECC



Camera di Commercio
Trapani



storie di alternanza

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

FIRME E TIMBRI

Luogo e Data: _____

Firma docente Tutor:

(INSERIRE PIÙ FIRME IN PRESENZA DI PIÙ TUTOR)

Dirigente scolastico:

TIMBRO

In alternativa la domanda può essere firmata digitalmente.