

****

**AUTORIZZAZIONE PERCORSO “Operatore sociale- AIL”**

**Titolo del progetto “Piccoli volontari crescono”**

**Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizza il/la proprio/a figlio/a a partecipare alle attività previste dal**

**calendario del PCTO AIL e a recarsi con mezzi propri presso le sedi di stage .**

**Autorizza altresì**

**l’utilizzo di immagini per la disseminazione del percorso.**

 **DATA Firma del Genitore**

**Inserire i seguenti dati:**

**Recapiti telefonici del genitore:**

**Fisso Cell………………………………………………**

**Cellulare alunno/a:**

**email genitore: ……………………………………………………………………………………………..**

**email alunno/a………………………………………………………………………………………………**

****

****

**DIARIO DI BORDO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Alunno/a**  |  |
| **Percorso**  | **“Operatore sociale- Volontario AIL”** |
| **Mansioni/Attività** | **Volontario** |
| **Partner** | **AIL Palermo (Associazione Italiana contro le Leucemie, linfomi e mieloma)** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Attività** | **Orario** | **Tot ore** | **Note** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma dell’alunno |  |
| Firma del tutor aziendale |  |
| Firma del tutor interno (ppv) |  |





|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AIL** | **PCTO** |  |
| **a.s. 2019/2020** |

|  |
| --- |
| **FOGLIO PRESENZE**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **STUDENTE:** **Classe:** **Corso:**  | **ENTE:** **Indirizzo:****Tutor az.le:**  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Giorno** | **DATA** | **Mattino** | **Pomeriggio** | **ASSENZA****(A)** | **FIRMA****STUDENTE** |
| **Ora entrata** | **Ora uscita** | **Ora entrata** | **Ora uscita** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA TUTOR AZ.LE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **NOTA:** *Modello compilato quotidianamente dallo studente e convalidato dalla firma del tutor aziendale alla fine del periodo pcto.*  |





PATTO FORMATIVO STUDENTE MODULO DI ADESIONE ALLE ATTIVITA DI PCTO

Il/a sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez\_\_\_\_\_\_\_ in procinto di frequentare attività di PCTO nel periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in convenzione con presso la struttura ospitante AIL di Palermo, sottoscrivendo il presente Patto Formativo

SI IMPEGNA

- a rispettare rigorosamente gli orari stabiliti dalla struttura ospitante per lo svolgimento delle attività di alternanza scuola lavoro;

- a seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza o evenienza;

- ad avvisare tempestivamente sia la struttura ospitante che l’istituzione scolastica se impossibilitato a recarsi

 nel luogo del tirocinio;

- a presentare idonea certificazione in caso di malattia;

- a tenere un comportamento rispettoso nei riguardi di tutte le persone e le cose con le quali verrà a contatto

 presso la struttura ospitante, utilizzando un abbigliamento ed un linguaggio adeguati all’ambiente e

 osservando le norme stabilite dalla struttura ospitante riguardo gli orari, l’igiene, la sicurezza e la salute;

- a completare in tutte le sue parti, l'apposito registro di presenza presso la struttura ospitante;

- a raggiungere autonomamente la sede del soggetto ospitante in cui si svolgerà l’attività di alternanza scuola

 lavoro;

- ad osservare gli orari e i regolamenti interni della struttura ospitante in termini di orari, igiene, sicurezza e salute , nonché le norme antinfortunistiche, sulla sicurezza e quelle in materia di privacy, mantenendo la riservatezza relativamente ai dati acquisiti presso la struttura ospitante.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ soggetto esercente la patria potestà dell'alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di aver preso visione di quanto riportato nella presente nota e di autorizzare lo/la studente/ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a partecipare alle attività previste dal progetto.

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