

ADESIONE ALL'ESPERIENZA DI STAGE ALTERNANZA SCUOLA - LAVORO

(compilare e inviare all'ITAS "D. Anzilotti" al Fax 0572/477957 entro il)

• Denominazione dell'Azienda/Ufficio/Ente _____
Via/Piazza _____ Città _____ (____)
Referente _____ Tel. _____ Cell. _____

• Confermo la disponibilità ad ospitare presso l'azienda/Ufficio/Ente n° studenti durante il periodo di stage
SI NO

• Breve descrizione dell'attività da svolgere durante lo stage:

• Proposta di orario giornaliero dello stage:

N.B. Come previsto dalla normativa vigente in materia gli studenti stagisti possono essere impegnati in attività lavorativa per un massimo di 6 ore/giorno e 6 giorni/settimana.

• Orario lavorativo settimanale

• Giorno di sospensione settimanale dell'attività lavorativa

Data _____

Firma e timbro
