

## Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

**ISTITUTO di ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE**

“CESARE BATTISTI”

**Via dei Lauri 1 - 00049 Velletri (RM) – Dist. 39 - CF 95017570581 - P IVA 13026431000 –**

**Cod. Min. RMIS05200R**

**Sede Uffici e Amministrazione Via F. Parri, 14 - 00049 Velletri tel 06 121125645 fax 06 9640257**

**Corsi Liceo Art. Tecnico Agrario e CAT via Parri 14 tel 06 12 1125 645 fax 06 9640257**

**Corsi Tecnico AFM / SI e Prof. SC via dei Lauri n. 1 tel 06 12 1125 127 fax 06 963 7815 Eventi Artistici e Mostre Polo Espositivo via L. Novelli 3 Velletri**

**e mail:** [**RMIS05200R@istruzione.it**](mailto:RMIS05200R@istruzione.it)**-** [**RMIS05200R@pec.istruzione.it**](mailto:RMIS05200R@pec.istruzione.it)**– sito web:** [**www.iisbattistivelletri.gov.it**](http://www.iisbattistivelletri.gov.it/)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **a.s. 2021- 2022** | **P.C.T.O.**  (art. 4. legge 53/2003, d.lgs. 77/2005) | ***Mod. 6*** |
|  |  |
| **PATTO FORMATIVO STUDENTE**  **Modulo di adesione ai Percorsi per le Competenze Trasversali e l’Orientamento (P.C.T.O.)** | | |

Il/a sottoscritto/a .. nato a ……………...…………………..

il ................…….. residente a .. in via ………... n° ……., frequentante la classe…………….. in procinto di frequentare le attività organizzate nell’ambito dei P.C.T.O. per l’a.s. 2021-22

* di essere a conoscenza che le attività che andrà a svolgere costituiscono parte integrante del percorso formativo;
* di essere a conoscenza che, nel caso si dovessero verificare episodi di particolare gravità si procederà in qualsiasi momento alla sospensione dell’esperienza di alternanza;
* di essere a conoscenza che nessun compenso o indennizzo di qualsiasi natura gli è dovuto in conseguenza della sua partecipazione al programma di alternanza scuola lavoro;
* di essere a conoscenza delle coperture assicurative sia per i trasferimenti alla sede di svolgimento delle attività di P.C.T.O. che per la permanenza nella struttura ospitante.

**SI IMPEGNA**

* a rispettare rigorosamente gli orari stabiliti dal tutor scolastico per lo svolgimento delle attività di P.C.T.O.;
* a seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza o evenienza;
* ad avvisare tempestivamente se impossibilitato a recarsi nel luogo di svolgimento delle attività di PCTO;
* a presentare idonea certificazione in caso di malattia;
* a tenere un comportamento rispettoso nei riguardi di tutte le persone con le quali verrà a contatto;
* a completare in tutte le sue parti, l'apposito registro di presenza presso la struttura ospitante;
* a raggiungere autonomamente la sede in cui si svolgerà l’attività di P.C.T.O.;

Data Firma studente

Il sottoscritto ………………………………… genitore 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 genitore ..