

 	Istituto D'Istruzione Superiore "Leonardo da Vinci" Via Alfieri, 6 – 94015 Piazza Armerina (En) Cod.mecc. ENIS017006 - C.F. 91049790867 - Tel. 0935 682124 - Sede professionali: via G. Carducci, 13 – Tel. 0935 680033 e-mail: enis017006@istruzione.it – Pec: enis017006@pec.istruzione.it www.iisdavinciarmarina.edu.it		
	TECNICI - Amm. Finanza e marketing - Sistemi informativi aziendali - Costruzioni, ambiente e territorio - Chimica, mat. e biotec. sanitarie	LICEI - Scienze Umane - Economico-Sociale - Linguistico	PROFESSIONALI - Odontotecnico - Manutenzione e Assistenza Tecnica - Servizi Socio-Sanitari - Produzione Industria Artigianato








Piazza Armerina, 03/04/2025

Circolare n.174

Ai docenti 2ABIO- 2AFM- 2ASU-
2AL- 2BSU- 3AFM- 3AMAT- 3ASU- 5BBIO dell'IIS Da Vinci

OGGETTO: Domanda di partecipazione n.4 Docenti accompagnatori –Viaggio d'istruzione Emilia Romagna

Si comunica, per chi fosse interessato ,di presentare domanda entro il 05/04/ 2025.
Verranno individuati n.4 Docenti .
Si allega modulo di partecipazione.

**Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Paola Maria La Monica**

(*) Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3, comma 2, D.lgs 39/93

Allegato A1 istanza di partecipazione Corsista Alunno/a
PERCORSI COMPETENZE DI BASE /MENTORING E ORIENTAMENTO

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE
"IIS Da Vinci di Piazza Armerina"**

Dati del Genitore che chiede l'iscrizione del/della figlio/a

Il/La sottoscritto/la |_____| |_____| Nato il |_____| a |_____| Prov. |_____|
Padre Madre dell'alunno/a di cui sotto, chiede l'iscrizione al corso riportato di seguito del(la) proprio(a) figlio(a)

Dati dell'alunno

Cognome |_____| Nome |_____| Classe |_____| Sez. |_____| Indirizzo |_____|

Il sottoscritto chiede l'iscrizione del/della proprio/a figlio/a nel seguente percorso di competenze di base/
Mentoring.

CORSO DI COMPETENZE DI BASE	Ore Modulo	Indicare con una x il modulo scelto
LINGUA E LETTERATURA ITALIANA	15	
MATEMATICA	15	
LINGUA STRANIERA INGLESE	15	

Il sottoscritto chiede l'iscrizione del/della proprio/a figlio/a nel seguente Modulo MENTORING

N^	Corso	Ore Modulo	Indicare con una X il modulo scelto
1	CORSO DI FISICA	15	
2	CORSO DI LTE	15	
3	CORSO DI LTRG	15	
4	CORSO DI TEE	15	
5	CORSO DI LABO ODO	15	
6	CORSO DI LATINO	15	
7	CORSO DI ITALIANO	15	
8	CORSO DI CHIMICA E SC-NATURALI	15	
9	CORSO DI MICROBIOLOGIA	15	
10	CORSO DI ANATOMIA	15	
11	CORSO DI SCIENZE UMANE	15	
12	CORSO DI SPAGNOLO	15	
13	CORSO DI ECONOMIA AZIENDALE	15	
14	CORSO DI INFORMATICA	15	
15	CORSO DI MATEMATICA	15	
16	CORSO DI FRANCESE	15	

Luogo e data.....

Firma di un genitore

.....