



**ATTESTAZIONE DEI PERIODI DI FORMAZIONE
EFFETTUATI DALLO STUDENTE NELL'AMBITO
DELL' ALTERNANZA SCUOLA LAVORO**

MOD 06.07 pag.1
data 16/03/17 di 1
rev.1

Istituto Professionale di Stato per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera "B. BUONTALENTI"
Sede e Segreteria: Via di S. Bartolo a Cintoia 19/a - 50142 Firenze -Tel. 055 785117 Fax 055 7877380
Succursale: Via de' Bruni, 6 - 50133 Firenze -Tel. 055 462781 Fax 055 476590 C.F.9402360483

DATI ANAGRAFICI ALLIEVO

NOME COGNOME

NATO A..... il

RESIDENTE A

INDIRIZZO

TELEFONO EMAIL

COD. FISCALE

ESPERIENZE DI ALTERNANZA

ANNO..... CLASSE

NOME AZIENDA OSPITANTE

INDIRIZZO

P. IVA

PERIODO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE dal..... alTOT. ORE.....

REPARTO

MANSIONE SVOLTA:

NOME DEL TUTOR AZIENDALE

NOME DEL TUTOR SCOLASTICO

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL PERIODO DI FORMAZIONE