

ALL.2

Richiesta collaborazione ristorante interno - Alternanza 2019
Periodo dal 10 giugno a 11 luglio

Io sottoscritto/agenitore dell'alunno/a.....

della classeresidente a

in

tel.

CHIEDE

di usufruire di un'esperienza di alternanza presso il ristorante interno

Barrare le voci che interessano

Settore	Orario	Numero max persone
Cucina	10.00-15.30	6
Bar 1	7.15 -11.15	3
Bar 2	11.00- 15.30	3
Snack bar (servizio al tavolo)	10.45- 15.30	4
Accoglienza	11.00- 15.30	2

Si dichiara che l'alunno dovrà svolgere la propria attività secondo il progetto di Alternanza e nel rispetto dei Regolamenti d'Istituto.

Firma dell'alunno

Firma del genitore

Restituire a responsabile indirizzo entro e non oltre il giorno 30 aprile 2019