**Allegato 1**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PCTO *CeSVoP***

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione Istituzione Scolastica |  |
| Codice meccanografico |  |
| Indirizzo |  |
| Sede |  |
| Provincia |  |
| Recapito telefonico della scuola |  |
| Indirizzo di posta elettronica della scuola |  |
| Cognome e nome del Dirigente Scolastico |  |
| Cognome e nome del docente coordinatore di progettazione per i PCTO  |  |
| Recapito telefonico ed indirizzo di posta elettronica del docente coordinatore di progettazione per i PCTO |  |
| Cognome e nome del docente tutor per i PCTO |  |
| Recapito telefonico ed indirizzo di posta elettronica del docente tutor per i PCTO |  |
| Numero di alunni del III anno |  |
| Numero di alunni del IV anno |  |
| Numero di alunni del V anno |  |

**Luogo e data**

 **Il Dirigente Scolastico**

Da **inviare all’indirizzo di posta elettronica** pcto.usrsicilia@istruzione.it e territorio.palermo@cesvop.org **entro il 22/09/2025**, indicando nell’oggetto la dicitura “*CeSVoP adesione attività PCTO*”.