



# Istituto d'Istruzione Superiore "Federico Flora"

Istituto Tecnico per il Turismo

Istituto Professionale per i Servizi

Commerciali – Enogastronomia e Ospitalità Alberghiera –

Sanità e Assistenza Sociale – Arti Ausiliarie Professioni Sanitarie: Ottico

33170 Pordenone - Via Ferraris n. 2 Tel. 0434.231601 - 0434.538148 Fax: 0434.231607

Sito Web:

www.istitutoflora.edu.it

e-mail:

pnis00800v@istruzione.it

Casella Posta Certificata:

pnis00800v@pec.istruzione.it

C.f.:

80009070931



## CIRCOLARE N. 53

Pordenone, 24.10.2022

Agli Allievi delle classi 3<sup>^</sup> - 4<sup>^</sup> - 5<sup>^</sup>  
TUTTI GLI INDIRIZZI

Ai Docenti  
Al Personale ATA  
Sede – Sede Via Poffabro

### Oggetto: Progetto di "Scrittura Braille e approccio alla disabilità visiva" – a.s. 2022/23

In relazione ai Progetti di Istituto vevoli per l'anno scolastico 2022/2023, facenti parte del PTOF vigente aa.ss. 2022/2025, come deliberati dal Collegio dei docenti, si comunica che il nostro Istituto, in convenzione con l'**Unione Ciechi e Ipovedenti di Pordenone**, organizza una formazione di scrittura Braille per gli allievi delle classi 3<sup>^</sup> - 4<sup>^</sup> - 5<sup>^</sup> di tutti gli indirizzi.

Il corso in oggetto, strutturato su sei (6) incontri, programmati nella giornata del martedì a partire dal **15 novembre**, dalle ore 14.00 alle 16.00, è totalmente **gratuito** per gli allievi e riservato ad un numero massimo di 12 iscritti.

La frequenza al corso, certificata mediante un attestato, rappresenta un valore aggiunto al curriculum professionale degli studenti e le ore saranno riconosciute quali esperienza PCTO (ex ASL).

Gli studenti interessati devono compilare il tagliando allegato, farlo firmare da un genitore o legale rappresentante e consegnarlo presso l'**Ufficio Tecnico** - alla sig.ra Annalisa **entro e non oltre le h.12.00 di venerdì 04 novembre 2022**.

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Paola Stufferi

**ISCRIZIONE CORSO Braille – a.s. 2022 - 2023**

**Il/la Sottoscritto/a** \_\_\_\_\_ **Genitore** (o legale rappresentante)  
(Cognome e Nome)

**dell'allievo/a** \_\_\_\_\_ **Classe e sez. Frequentata** \_\_\_\_\_ **Età** \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)

**Indirizzo di Residenza** \_\_\_\_\_

**Comune** \_\_\_\_\_  
(via , n° civico,comune)

**Cell. Genitori** \_\_\_\_\_

**Chiede** che il proprio figlio/a frequenti **il Corso Braille BASE.**

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_