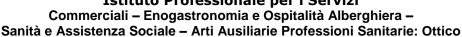


Istituto d'Istruzione Superiore "Federico Flora"

Istituto Tecnico per il Turismo Istituto Professionale per i Servizi



pnis00800v@pec.istruzione.it

Sanita e Assistenza Sociale – Arti Ausiliarie Professioni Sanitarie: Ottico
33170 Pordenone - Via Ferraris n. 2 Tel. 0434.231601 - 0434.538148 Fax: 0434.231607
Sito Web: e-mail: Casella Posta Certificata: C.f.:

pnis00800v@istruzione.it



CIRCOLARE N. 53

www.istitutoflora.edu.it

Pordenone, 24.10.2022

Agli Allievi delle classi 3[^] - 4[^] - 5[^] TUTTI GLI INDIRIZZI

80009070931

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 valevoli 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[^] - 4[^] - 5[^] 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

II/la Sottoscritto/a	Genitore (o legale rappresent		
	(Cognome e Nome)		,
dell'allievo/a	(Cognome e Nome)	Classe e sez. Frequentata	Età
Indirizzo di Residenza _			
Comune	(via , n° civico,comune)		
Chiede che il proprio f	iglio/a frequenti il Corso Braille	BASE.	
DATA	FIR	RMA	