|  |
| --- |
| C:\Users\Salvatore\Desktop\PON 2017\Loghi PON 2014-2020 (fse).jpg |
| **C:\Users\Salvatore\Desktop\CARTA INTEST\imagesCA9KTSAZ.jpgF:\logo ISISS Mattei Aversa\LOGO ISISS.pngISTITUTO STATALE ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE***Professionale* *Servizi Commerciali**Servizi Socio Sanitari***"ENRICO MATTEI"**Via Gramsci - 81031 - Aversa - Distretto 15Tel 081/0081627 - Fax 081/5032831*Tecnico**Grafica e Comunicazione* *Turismo**Turismo***Cod. Fisc. 90030640610 - Cod. mecc. CEIS027007**[***www.matteiaversa.it***](http://www.matteiaversa.it) ***-*** **ceis027007@istruzione.it** ***-*** **ceis027007@pec.istruzione.it** |

**Allegato 1 (modello genitori)**

**All’attenzione del Dirigente Scolastico**

Oggetto: **Domanda di partecipazione ai percorsi formativi del progetto PON “Inclusione sociale e lotta al disagio” Codice Autorizzazione 10.1.1A-FSEPON-CA-2017-114**

**TITOLO PROGETTO: “Percorsi per non disperdersi…il viaggio continua”**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel/cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitore dello studente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_

della classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Istituto

**CHIEDE**

 di partecipare alla selezione per la frequenza del seguente modulo previsto dal progetto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPOLOGIA MODULO** | **TITOLO MODULO** | **ORE** |
| Modulo formativo per i genitori | A scuola con i figli  | 30 ore  |

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell’avviso e di accettarne il contenuto consapevole che le attività formative si terranno in orario pomeridiano.

Ai sensi dell’art. 13 del D. L.vo 196/03, il/la sottoscritto/a autorizza l’istituto all’utilizzo ed al trattamento dei dati

personali quali dichiarati per le finalità istituzionali, la pubblicizzazione del corso e la pubblicazione sul sito web.

Alla presente si allega copia del documento.

Aversa, ………………………………………….

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_