Ai genitori dello studente …………………………………

**Oggetto: Comunicazione di partecipazione ai percorsi formativi del progetto PNRR “Genio ribelle”**

**Titolo progetto: “Potenziamento delle competenze di base”**

Si **comunica** che lo studente ………………………… come risulta da indicazione del CdC in sede di scrutinio del Primo Trimestre, è invitato alla partecipazione al modulo formativo di Potenziamento delle Competenze di Base relativo alla Disciplina di ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, che verrà svolto presse la sede centrale dell’Istituto (Liceo Artistico di P.za Cahen) nel giorno di ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,con orario 14:30 – 16:30. Il corso della durata di 10 ore sarà articolato in 5 incontri che si terrano nelle seguenti date:

…………………………….

…………………………….

…………………………….

,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,

Il sottoscritto genitore / tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_), in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_,CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
prende visione della comunicazione, AUTORIZZA E GARANTISCE LA PARTECIPAZIONE con costanza ed impegno, consapevole che per l’amministrazione il progetto ha un impatto notevole sia in termini di costi che di gestione

del/della prorpio/a figlio/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

iscritto/a alla classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

al modulo formativo previsto dal progetto indicato.

Si precisa che l’IISACP di Orvieto, depositario dei dati personali, potrà fornire all’autorità competente del MIUR le informazioni necessarie per le attività di monitoraggio e valutazione del processo formativo a cui è ammesso l'allievo/a.

I sottoscritti avendo ricevuto l’informativa sul trattamento dei dati personali loro e del/della proprio/a figlio/a autorizzano questo Istituto al loro trattamento solo per le finalità connesse con la partecipazione alle attività formative previste dal progetto.

* **ACCONSENTO**
* **NON ACCONSENTO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

(luogo) (data)

Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Firma dell'alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_