

**ADESIONE AL PROGETTO**

***“CREATTIVAMENTI” - CNP: M4C1I1.4 2022-981-P-15801. CUP: C44D22002950006***

**LABORATORIO DI TEATRO**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.I.S.S. “Rosa Luxemburg”

Via Primocielo n.c.

70021 - Acquaviva delle Fonti

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

con la presente

**si impegnano**

a garantire la partecipazione attiva del/la proprio/a figlio/a al percorso

***“CREATTIVAMENTI” - Titolo del progetto “CREATTIVAMENTI” - CNP: M4C1I1.4-***

***2022-981-P-15801. CUP: C44D22002950006***

**LABORATORIO DI TEATRO**

consapevoli che l’eventuale mancata partecipazione alle attività previste comporterà la perdita del beneficio e che la frequenza è valida se non si supera il 25%di assenze

Dati del/la studente/ssa

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Età (anni compiuti) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sesso F M

Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (data) (comune) (prov.)

Luogo di residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (comune) (prov.)

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

 (via/piazza) (n. civico)

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Codice Fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Acquaviva delle Fonti,

Il Dirigente scolastico I genitori

Prof. Rocco Fazio

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

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

 Lo/a studente/essa

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

Consenso trattamento dati personali

Ai sensi della legge 30/06/2003 n°196 autorizzazione al trattamento dei dati personali recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, la informiamo che i dati personali da Lei forniti ovvero altrimenti acquisiti nell’ambito della nostra attività formativa, serviranno esclusivamente per la normale esecuzione del corso a cui si iscrive. Resta inteso che l’IISS “Rosa Luxemburg”, depositario dei dati personali, potrà, a richiesta, fornire all’autorità competente del Ministero del MIUR le informazioni necessarie per le attività di monitoraggio e valutazione del processo formativo.

Acquaviva delle Fonti,

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