Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"A. R. CHIARELLI"

Oggetto: Domanda di partecipazione al PON "NON 'DIS'PERDIAMOCI DI VISTA! " - MODULO GENITORI "ScenograficaMENTE"
Codice identificativo: 10.1.1A – FSEPON-PU-2017-140
CUP D94C16000040007

Il/la sottoscritto/a…….……,

nato/a …… (……) il ……., residente

a …… (…….) in

via/piazza…….…… n. …..…….

CAP …….…… Telefono …… Cell. ……..

e-mail …….…….…….

Figlio/a frequentante l'istituto …….…….…… cl. ….. sez. …..

Plesso…….…..

avendo letto l' AvvisoProt. nr……..……del …… relativo alla selezione dei partecipanti al modulo dal titolo: "ScenograficaMENTE",

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione in oggetto.

A tal file compila la seguente scheda anagrafica.

Codice Fiscale	
Cognome e Nome	
Sesso	
Cittadinanza	
Data di nascita	
Comune di nascita	
Provincia di nascita	
Paese estero nascita	
Paese Estero Residenza	
Indirizzo Residenza	
Provincia Residenza	
Comune Residenza	
Cap. Residenza	
Telefono	

E-mail	
Numero figli frequentanti l'istituto	

Consenso trattamento dati personali

Ai sensi dell'art. 13 D.L.vo30/06/03 n. 196 (codice sulla privacy) recante disposizione a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, la informiamo che i dati da Lei forniti o altrimenti acquisiti nell'ambito della nostra attività formativa, serviranno esclusivamente per la normale esecuzione del corso a cui si iscrive. Resta inteso che l'I.C. "A.R. Chiarelli" depositario dei dati personali, potrà, a richiesta fornire all'autorità competente del M.I.U.R., le informazioni necessarie per le attività di monitoraggio e valutazione del processo formativo.

Data…… Firma…….