**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA**

Via Gramsci, 2/A - 40059 MEDICINA (BO)

Codice fiscale 80071270377 – Cod. Mecc. BOIC867005 – C.U.: UFS0AF

Tel. 051 6970595 - Fax 051 6970596

Email: BOIC867005@istruzione[.it](mailto:.it) - BOIC867005@pec.istruzione.it

Sito Web: [www.icmedicina.gov.it](http://www.icmedicina.gov.it)

**Allegato A) Istanza di partecipazione Corsista Alunno/a**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**IC di Medicina**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER LA SELEZIONE DI CORSISTI ALUNNI**

"Fondi Strutturali Europei – Programma Operativo Nazionale “Per la scuola, competenze e ambienti per l’apprendimento” 2014-2020. **Avviso pubblico “Competenze di base in chiave innovativa”**. Asse I – Istruzione – Fondo Sociale Europeo (FSE). **Obiettivo specifico 10.2.** – **Miglioramento delle competenze chiave degli allievi, anche mediante il supporto dello sviluppo delle capacità di docenti, formatori e staff. Azione 10.2.2A – Azioni di integrazione e potenziamento delle aree disciplinari di base.**

Autorizzazione prot. **AOODGEFID/196 del 10/01/2018** – **Codice “Codice 10.2.2A- FSEPON-EM-2017-147” – Titolo MIGLIORA-MENTI IN CORSO.**

**Dati dei Genitori che chiedono l’iscrizione del/della figlio/a**

**Il sottoscritto |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|**

**Nato il |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| a |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| Prov. |\_\_\_\_|**

Padre dell’alunno/a di cui sotto, chiede l’iscrizione al corso riportato di seguito del(la) proprio(a) figlio(a)

**La sottoscritta |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|**

**Nata il |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| a |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| Prov. |\_\_\_\_|**

Madre dell’alunno/a di cui sotto, chiede l’iscrizione al corso riportato di seguito del(la) proprio(a) figlio(a)

**Dati dell’alunno**

**Cognome |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| Nome |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|**

**Classe |\_\_\_\_\_\_\_| Sez. |\_\_\_\_\_\_\_| Plesso |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|**

**I sottoscritti chiedono l’iscrizione del/della proprio/a figlio/a** nel/nei seguente/i Modulo/i:

MODULO **“Certificazione Ket” –** Alunni Sc. Secondaria cl. 3°

MODULO **“From Fairytale to drama”/ “Certificazione Ket” –** Alunni Scuola Secondaria cl.3°

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA DEI GENITORI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

