



ISTITUTO COMPRENSIVO “Vincenzo Pagani”
COMUNI di ALTIDONA, CAMPOFILONE, LAPEDONA, MONTERUBBIANO, MORESCO
PEDASO

Via Trento e Trieste 7 - 63825 MONTERUBBIANO (FM)
Tel. 0734/59178 - c.f.: 81002700441 **codice univoco: UFCPSR**
APIC82200L@istruzione.it APIC82200L@pec.istruzione.it
_URL: www.icpagani.edu.it



FUTURA

**LA SCUOLA
PER L'ITALIA DI DOMANI**



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

ALLEGATO A: AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI

(da consegnare al docente coordinatore di classe)

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. “Vincenzo Pagani” di Monterubbiano

I sottoscritti _____ e _____

genitori/tutori legali e titolari della responsabilità genitoriale nei confronti

dell'alunno/a _____ frequentante la

classe _____ della Scuola secondaria di _____

- **VISTA la comunicazione dell'avvio dei LABORATORI previsti dal PROGETTO BREAK THE GAP relativo al Piano Nazionale Di Ripresa E Resilienza Missione 4: Istruzione E Ricerca Componente 1 – Potenziamento dell'offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle Università Investimento 1.4: Intervento straordinario finalizzato alla riduzione dei divari territoriali nelle scuole secondarie di primo e di secondo grado e alla lotta alla dispersione scolastica Interventi di tutoraggio e formazione per la riduzione dei divari negli apprendimenti e il contrasto alla dispersione scolastica (D.M. 2 febbraio 2024, n. 19) PROGETTO BREAK THE GAP - CNP: M4C1I1.4-2024-1322-P-50673 CUP: F44D21000810006**

- **Considerato il calendario dei laboratori comunicato (Avviso prot. n. 3799 del 03/04/25):**

☐ AUTORIZZANO

☐ NON AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a a frequentare il/i LABORATORIO/I di

che si terrà nel plesso di _____

Nei giorni in cui il laboratorio inizia alle 14:15-14.30 è garantita la vigilanza durante il pasto che dovrà essere portato da casa.

Per gli alunni che usufruiscono del trasporto scolastico si comunica che non verrà garantito lo

scuolabus per il rientro a casa.

In caso di partecipazione i sottoscritti si impegnano a far frequentare il/la proprio/a figlio/a con costanza ed impegno, consapevoli che per l'amministrazione il progetto ha un impatto notevole sia in termini di costi che di gestione.

I sottoscritti inoltre

☐ Si impegnano a riprendere il/la proprio/a figlio/a al termine del corso.

☐ DELEGANO a riprendere il/la proprio/a figlio/a al termine del corso (compilare solo se diversi da quanto comunicato e agli atti della scuola):

il sig. / la sig.ra

(allega documento di identità)

☐ COMUNICANO che il/la proprio/a figlio/a uscirà autonomamente (solo per gli alunni della scuola secondaria che hanno l'autorizzazione permanente all'uscita autonoma).

SONO CONSAPEVOLI

- che se le date stabilite per gli incontri subissero delle variazioni si considera valida ugualmente l'autorizzazione;
- che l'Istituto Comprensivo "VINCENZO PAGANI", depositario dei dati personali dovrà fornire all'autorità competente del MIM, titolare della piattaforma FUTURA PNRR dove vanno registrate le attività svolte, le informazioni necessarie per le attività di monitoraggio e valutazione del processo formativo a cui è ammesso l'allievo/a.
- che L'informativa sul trattamento dei dati personali loro e del/della proprio/a figlio/a è pubblicata sul sito istituzionale alla pagina https://icpagani.edu.it/wp-content/uploads/sites/506/Informativa-genitori-alunni_Rev.00-20230426.pdf?x52100

AUTORIZZANO

codesto Istituto al loro trattamento solo per le finalità connesse con la partecipazione alle attività formative previste dal progetto.

Luogo e data _____

Firma dei genitori/tutore legale ⁽¹⁾

(1) *Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, l'autorizzazione, rientrando nella Responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata comunque condivisa*