



**FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI** **pon**
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE)



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la programmazione e la Gestione delle
Risorse Umane, Finanziarie e Strumentali
Direzione Generale per interventi in materia di Edilizia
Scolastica per la gestione dei Fondi Strutturali per
l'Istruzione e per l'Innovazione Digitale
Ufficio IV

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA

Via Gramsci, 2/A - 40059 Medicina (Bo)
Codice fiscale: 80071270377 – Cod. Mecc.: BOIC867005 – C.U.: UFS0AF
Telefono n. 051/6970595 - Fax n. 051/6970596
Email: BOIC867005@istruzione.it - BOIC867005@pec.istruzione.it
Sito Web: www.icmedicina.edu.it

Allegato A) Istanza di partecipazione Corsista Alunno/a

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
Istituto Comprensivo Statale 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 “Potenziamento dell'educazione al patrimonio culturale, artistico, paesaggistico”**. Asse I – Istruzione – Fondo Sociale Europeo (FSE). **Obiettivo specifico 10.2.** – Miglioramento delle competenze chiave degli allievi. **Azione 10.1.5** – Azioni svolte allo sviluppo delle competenze trasversali con particolare attenzione a quelle volte alla diffusione della cultura d'impresa. Autorizzazione prot. n. **AOODGEFID/9282 del 10/04/2018** - Codice **10.2.5A - FSEPON-EM-2018-36** – titolo: **Il codice e il territorio.**

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/a

Cognome | _____ | **Nome** | _____ |

Classe | _____ | **Sez.** | _____ | **Plesso** | _____ |

I sottoscritti chiedono l'iscrizione del/della proprio/a figlio/a nel seguente Modulo:

- MODULO #MEDICINAINCODE: LA CITTA' E I SUOI MONUMENTI (1) - martedì
- MODULO #MEDICINAINCODE: LA CITTA' E I SUOI MONUMENTI (2) - giovedì

DATA _____

FIRMA DEI GENITORI _____