



FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI

pon  
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la programmazione e la Gestione delle  
Risorse Umane, Finanziarie e Strutturali  
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

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

**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](http://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** \_\_\_\_\_