



Unione Europea

FONDI STRUTTURALI EUROPEI pon 2014-2020

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



MIUR

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](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. **AODGEFID/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 LA RETE DELLA VITA: acqua e territorio nel Comune di Medicina (1)

MODULO LA RETE DELLA VITA: acqua e territorio nel Comune di Medicina (2)

MODULO LA MUSICA A MEDICINA (1)

MODULO LA MUSICA A MEDICINA (2)

DATA \_\_\_\_\_

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