

DICHIARAZIONI RELATIVE ALL'AVVISO PER LA PRESENTAZIONE DELLE CANDIDATURE PER LA SELEZIONE ALUNNI DI N. 10 ALUNNI CLASSI TERZE SCUOLA SECONDARIA I GRADO DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO DI CASTIGLIONE T.SE A.S. 2025/2026 PROGETTO ERASMUS+ - SETTORE ISTRUZIONE SCOLASTICA ATTIVITÀ KA121- MOBILITÀ PER L'APPRENDIMENTO INDIVIDUALE ACCREDITAMENTO SCOLASTICO CODE: 2023-1-IT02-KA120-SCH-000187313

Periodo: febbraio 2026

Località: Valencia (Spagna)

I sottoscritti genitori/altro

Madre _____ nata a _____ il _____

Padre _____ nato a _____ il _____

Altro _____

dell'alunno/a: COGNOME _____ NOME _____ DELL'ALUNNO/A

nato a _____ il _____

CLASSE _____ Sez. _____ Scuola Secondaria di I Grado _____

avendo presentato, contestualmente alla presente dichiarazione, istanza affinché il/la proprio/a figlio/a possa partecipare alla selezione per essere ammesso/a alla mobilità prevista dal Progetto Erasmus+ **Progetto Erasmus+ Azione 2024-1-IT02-KA121-SCH-000202697**

Dichiarano

- ☐ essere in regola con i pagamenti relativi agli anni precedenti, riferiti all'assicurazione, viaggi di istruzione, progetti.
- ☐ disponibilità ad ospitare uno studente straniero nell'ambito dello scambio (vincolante per partecipare);
- ☐ disponibilità ad acquistare il biglietto per il volo presso agenzia, a richiedere contestualmente il rimborso del costo sostenuto all'I.C. di Castiglione t.se, secondo le indicazioni che saranno fornite;
- ☐ disponibilità ad accompagnare alla partenza e venire a prendere al ritorno il proprio figlio presso l'aeroporto di Caselle o presso la fermata del bus per aeroporti più distanti

che il/la propri_ figli_

- ☐ è stato ammesso alla classe successiva senza aver riportato insufficienze
- ☐ non ha ricevuto procedimenti o note disciplinari individuali gravi
- ☐ le valutazioni riportate nell'allegato E sono riferite allo scrutinio finale dell'a.s. 2024/25
- ☐ non presenta eventuali allergie e/o intolleranze alimentari e/o altre patologie;
- ☐ presenta allergie e/o intolleranze alimentari _____
- ☐ presenta le seguenti patologie: _____, pertanto necessita dei farmaci prescritti in autosomministrazione (allegare certificazione medica)

Con la presente autorizzano il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. e degli artt. 13 e 14 del Reg. Eu - GDPR 679/2016.

Allegano fotocopia del documento di riconoscimento

Le suddette dichiarazioni sono rese ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Madre (*tipo*) _____, n. _____

Padre (*tipo*) _____, n. _____

Altro (*tipo*) _____, n. _____

Figlio _____, n. _____

FIRMA DEI GENITORI (o del tutore) Madre _____

Padre _____

Altro _____