Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca

*Ufficio Scolastico Regionale per la Campania*

**ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE “E.FERRARI”**

Istituto Professionale per i servizi per l’Enogastronomia e l’Ospitalità Alberghiera cod. mecc.SARH02901B

Istituto Professionale per l’Industria e l’Artigianato cod. mecc. SARI02901V

Istituto Tecnico settore tecnologico - Agraria, Agroalimentare e Agroindustria cod. mecc. SATF02901Q

Via Rosa Jemma,301- 84091 BATTIPAGLIA - tel. 0828370560 - fax 0828370651 - C.F.: 91008360652 - Codice Mecc. SAIS029007

Internet: [www.iisferraribattipaglia.it](http://www.iisferraribattipaglia.gov.it) -post.cert. SAIS029007@pec.istruzione.it



***ALLEGATO A***

 **Al Dirigente Scolastico**

**dell’IIS “E. Ferrari”**

**Battipaglia (SA)**

**Oggetto: Istanza di partecipazione modulo/i formativo/i relativo/i ai progetti:**

**COMPETENTI - codice 10.2.2A-FSEPON-CA-2017-201 (CUP: B28H19004940001)**

**FERRARI STEM - codice 10.2.2A-FSEPON-CA-2018-1136 (CUP: B28H19004890006)**

**GLOCAL FOOD CULTURE - codice 10.2.5A-FSEPON-CA-2018-772 (CUP: B28H19005050001)**

Il sottoscritto genitore/tutore ……………………………………………………………, nato/a a…………………………………………. …………………………………………….. (………) il ………………….

e residente a ………………………………… (…….) in via/piazza …………………………………………………………… n. ………….. CAP ………………… Telefono …………………………………………….

Cell. ………………………………………………….. e-mail ………………………………………………………………………………………………

E

Il sottoscritto genitore/tutore ……………………………………………………………, nato/a a…………………………………………. …………………………………………….. (………) il ………………….

e residente a ………………………………… (…….) in via/piazza …………………………………………………………… n. ………….. CAP ………………… Telefono …………………………………………….

Cell. ………………………………………………….. e-mail ………………………………………………………………………………………………

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a ………………………………………………………….,

nato/a a ………………………………………..., il ………………………. residente a ………..……………………..……………….. (…….) in via/piazza …………………………………………………………………… n. …….. CAP ………,

iscritto/a alla classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’ IIS “E. Ferrari” di Battipaglia (SA)

**sia ammesso/a a partecipare ai seguenti moduli formativi previsti dai progetti indicati in oggetto:**

(indicare con una X il modulo o i moduli scelti a cui si intende partecipare)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Progetto** | **Modulo** | **Area** | **Durata** | **Scelta** |
| **COMPETENTI****10.2.2A-FSEPON-CA-2017-201** | Italiano per stranieri | Italiano | 30 h |  |
| Competenti in lingua madre | Italiano | 30 h |  |
| Competenti in lingua madre plus | Italiano | 30 h |  |
| Competenti in lingua madre plus plus | Italiano | 30 h |  |
| Matematica 2 | Matematica | 30 h |  |
| Scientificamente ...competenti | Scienze | 30 h |  |
| **FERRARI STEM****10.2.2A-FSEPON-CA-2018-1136** | Le scienze in idroponica | Creatività digitale | 60 h |  |
| Il cittadino digitale | Cittadinanza digitale | 30 h |  |
| **GLOCAL FOOD CULTURE****10.2.5A-FSEPON-CA-2018-772** | Cibo e territorio: il casaro nella tradizione gastronomica locale | Educazione alimentare, cibo e territorio | 60 h |  |
| La cultura gastronomica oltre i confini territoriali:l’international agrifood | Educazione alimentare, cibo e territorio | 30 h |  |
| Strategie di promozione dello sport | Benessere, corretti stili di vita, educazione motoria e sport | 30 h |  |

DICHIARANO

di aver preso visione del progetto e di accettarne il contenuto e, in caso di partecipazione si impegnano a far frequentare il/la proprio/a figlio/a con costanza ed impegno, consapevole che per l’amministrazione il progetto ha un impatto notevole sia in termini di costi sia di gestione.

Si precisa che l’ **IIS “E. Ferrari”**, depositario dei dati personali, potrà, a richiesta, fornire all’autorità competente del MIUR le informazioni necessarie per le attività di monitoraggio e valutazione del processo formativo a cui è ammesso l'allievo/a.

I sottoscritti avendo ricevuto l’informativa sul trattamento dei dati personali loro e del/della proprio/a figlio/a autorizzano codesto Istituto al loro trattamento solo per le finalità connesse con la partecipazione alle attività formativa previste dal progetto.

Infine, dichiarano di allegare alla presente:

1. Autorizzazione trattamento dati personali
2. Copie documenti di riconoscimento di entrambi i genitori o tutori

Battipaglia (SA) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma di entrambi i genitori

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TUTELA DELLA PRIVACY - Il titolare del trattamento dei dati, nella persona del D.S., informa che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.196/2003 e successive integrazioni e modifiche, i dati raccolti verranno trattati per solo per le finalità connesse con la partecipazione alle attività formativa previste dal progetto e per la rendicontazione all’Autorità di gestione delle azioni attivate per la sua realizzazione e che i dati personali da Lei forniti ovvero altrimenti acquisiti nell’ambito della nostra attività formativa, serviranno esclusivamente per la normale esecuzione del Modulo formativo a cui suo/a figlio/a si iscrive.**

**CONSENSO PER STUDENTE MINORENNE**

Il/la sottoscritto/a nato/a a

il , residente in via città prov.

e

Il/la sottoscritto/a nato/a a

il , residente in via città prov.

# GENITORI/TUTORI LEGALI

dello studente nato/a

il , residente in via città prov.

frequentante la classe della scuola

# DICHIARA/NO DI AVER PRESO VISIONE DELL’INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI

riportata ai sensi **degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell’articolo 13 del D. Lgs. 196/2003**, e, dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutoria nei confronti del minore,

# AUTORIZZA/NO LA RACCOLTA E IL TRATTAMENTO DEI DATI DEL MINORE NECESSARI

per l’accesso alle attività formative del progetto autorizzato dall’Autorità di Gestione nell’ambito del “PON per la scuola. Competenze e ambienti per l’apprendimento 2014-2020”.

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

# Si allega copia/e del/i documento/i di identità in corso di validità.

Firma del/dei genitore/i o tutore/i

**CONSENSO PER STUDENTE MAGGIORENNE**

Il/la sottoscritto/a nato/a a

il , residente in via città prov.

frequentante la classe della scuola

# DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DELL’INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI

riportata ai sensi **degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell’articolo 13 del D. Lgs. 196/2003**, e

# AUTORIZZA LA RACCOLTA E IL TRATTAMENTO DEI DATI

per l’accesso alle attività formative del progetto autorizzato dall’Autorità di Gestione nell’ambito del “PON per la scuola. Competenze e ambienti per l’apprendimento 2014-2020”.

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

# Si allega copia/e del/i documento/i di identità in corso di validità.

#

Firma dello studente