



***MINISTERO DELL’ISTRUZIONE, DELL’UNIVERSITA’ E DELLA RICERCA***

***UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO***

**LICEO SCIENTIFICO STATALE “C. CAVOUR”**

distretto IX - 00184 Roma via delle Carine,1 Tel. 06121122045 🖶 0667663802

cod. fisc.: 80253350583 Codice Meccanografico: RMPS060005

📪 [rmps060005@istruzione.it](mailto:rmps060005@istruzione.it); [rmps060005@pec.istruzione.it](mailto:rmps060005@pec.istruzione.it)

**ALLEGATO 1**

**PROGETTO PON\_ MOD 3\_INSEGNARE ED APPRENDERE IN RETE**

*Al Dirigente Scolastico del Liceo Scientifico C.Cavour*

**Oggetto: Domanda di partecipazione alla selezione di n°20 studenti.**

Il/La sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME |  |
| NOME |  |
| LUOGO E DATA DI NASCITA |  |
| CODICE FISCALE |  |
| INDIRIZZO |  |
| TELEFONO |  |
| INDIRIZZO MAIL |  |
| FREQUENTANTE LA CLASSE |  |

DICHIARA

di aver preso visione del bando di selezione in tutte le sue parti

E CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione per partecipare al progetto dal titolo.

Consapevole che, ai sensi del D.P.R. 445/2000, chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che l’esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale a uso di atto falso,

DICHIARA:

- di essere studente iscritto al Liceo Scientifico C. Cavour nell’anno scolastico in corso e di frequentare regolarmente le lezioni;

- di rendersi disponibile per l’intera durata del Progetto a svolgere tutte le attività previste dal progetto incluse le fasi di disseminazione e reportistica, nonché a produrre ed esibire tempestivamente tutti i documenti necessari alla realizzazione del Progetto, nel rispetto di modalità e tempistica indicata dal Liceo Scientifico Cavour;

- di collaborare fattivamente per il corretto andamento delle attività e la buona riuscita del Progetto;

- di attenersi per l’interna durata del Progetto alle indicazioni operative impartite dalla Scuola di appartenenza e dai tutor;

- di comunicare tempestivamente alla Scuola di appartenenze e ai tutor qualsiasi modifica e/o variazione relativa a dati e/o informazioni concernenti la partecipazione al Progetto;

- di aver preso visione e di accettare integralmente quanto previsto nell’Avviso pubblico relativo alla partecipazione al Progetto.

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, il/la sottoscritto/a dichiara i seguenti titoli richiesti dal bando, compilando la seguente tabella:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VOTO IN MATEMATICA | MEDIA DEI VOTI DELL’a.s.2017/2018 | CERTIFICAZIONI DIGITALI O ATTESTATI DI FREQUENZA RELATIVI A CORSI PER L'ACQUISIZIONE DI COMPETENZE DIGITALI | PUNTEGGIO TOTALE  (a cura della commissione) |
| Punti da 1 a 10 | Punti da 1 a 10 | Punti 10 per ogni attestazione |  |
|  |  |  |  |

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196).

Luogo e data…………………………………………………………………….

Firma dell'alunno………………………………………………………………

Il documento deve essere controfirmato dal padre / madre / tutore dello studente.

Nel caso di genitori separati, dovrà essere compilato e firmato da entrambi i genitori.

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e cognome di padre / madre / tutore dello studente | Firma leggibile |
|  |  |

Dati del genitore firmatario:

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME |  |
| NOME |  |
| LUOGO E DATA DI NASCITA |  |
| CODICE FISCALE |  |
| INDIRIZZO |  |
| TELEFONO |  |
| INDIRIZZO MAIL |  |

Dati del genitore firmatario:

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME |  |
| NOME |  |
| LUOGO E DATA DI NASCITA |  |
| CODICE FISCALE |  |
| INDIRIZZO |  |
| TELEFONO |  |
| INDIRIZZO MAIL |  |





***MINISTERO DELL’ISTRUZIONE, DELL’UNIVERSITA’ E DELLA RICERCA***

***UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO***

**LICEO SCIENTIFICO STATALE “C. CAVOUR”**

distretto IX - 00184 Roma via delle Carine,1 Tel. 06121122045 🖶 0667663802

cod. fisc.: 80253350583 Codice Meccanografico: RMPS060005

📪 [rmps060005@istruzione.it](mailto:rmps060005@istruzione.it); [rmps060005@pec.istruzione.it](mailto:rmps060005@pec.istruzione.it)

**ALLEGATO 2**

**PROGETTO PON\_ PROGETTO PON\_ MOD 3\_INSEGNARE ED APPRENDERE IN RETE**

*Al Dirigente Scolastico del Liceo Scientifico C. Cavour*

**Oggetto: dichiarazione di assunzione di responsabilità e liberatoria.**

Il/La sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME |  |
| NOME |  |
| LUOGO E DATA DI NASCITA |  |
| CODICE FISCALE |  |
| INDIRIZZO |  |
| TELEFONO |  |
| INDIRIZZO MAIL |  |

padre / madre / tutore dello studente

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME |  |
| NOME |  |
| FREQUENTANTE LA CLASSE |  |

AUTORIZZA

\_l\_ propri\_ figli\_ a partecipare al progetto dal titolo

A tal fine autorizza \_l\_ propri\_ figli\_ a:

- sottoscrivere il **Patto formativo** e la **liberatoria alla pubblicazione delle proprie immagini**, successivamente all'approvazione e affissione della graduatoria;

.

Luogo e data …………………………………………………………………….

Firma del genitore o di chi ne fa le veci ……………………………………………………………

N.B. Nel caso di genitori separati, la “Dichiarazione di assunzione di responsabilità e liberatoria” dovrà essere compilata e firmata da entrambi i genitori.