

**PROGRAMMA ERASMUS+ KA 2 “Partenariati Strategici per Scuole”**  
**Settore istruzione scolastica**  
**“School exchange about good practices in Special Needs Education”**  
**CODICE 2019-1-RO01-KA229-063127\_4**  
**CUP- F39E19000710006**

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_

**Chiedono**

che il proprio figlio/a possa partecipare alle mobilità all'estero ed a tutte le attività in essa previste dal progetto Erasmus+ **KA2** - “*School exchange about good practices in Special Needs Education*”.

COGNOME E NOME DELLO STUDENTE (come da documento d'identità in corso di validità per l'espatrio)	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RECAPITO TELEFONICO	
INDIRIZZO EMAIL	
CERTIFICAZIONI LINGUISTICHE	
COMPETENZE INFORMATICHE	
EVENTUALI INTOLLERANZE E/O ALLERGIE	

- Si dichiara la propria disponibilità ad ospitare gli alunni stranieri per una giornata.
- Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR (regolamento generale sulla protezione dei dati – Regolamento U.E. del 25/05/2018 n. 2016/679);

Castelvetro li \_\_\_/\_\_\_/2019

Firma dei genitori ( o di coloro che esercitano la responsabilità genitoriale)

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