

PROGRAMMA ERASMUS+ KA 2 “Partenariati Strategici per Scuole”
Settore istruzione scolastica
“Take2...Collabora-ACTION”
CODICE 2020-1-ES01-KA229-083004_3

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 - “Take2...Collabora-ACTION”**

COGNOME E NOME DELLO STUDENTE (come da documento d'identità in corso di validità per l'espatrio)	
ESTERMI DOCUMENTO IDENTITA' (n. e data di scadenza carta d'identità o passaporto)	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RECAPITO TELEFONICO ALUNNO	
RECAPITO TELEFONICO GENITORE	
INDIRIZZO EMAIL	
CERTIFICAZIONI LINGUISTICHE	
COMPETENZE INFORMATICHE	
EVENTUALI INTOLLERANZE E/O ALLERGIE	

- 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 ___/___/2022

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