

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

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____

Frequentante la classe _____ sez. _____ del plesso _____

Chiedonoche il proprio figlio/a possa partecipare alle mobilità all'estero ed a tutte le attività in essa previste dal progetto Erasmus+ **KA2 - “Take2...Collabor-ACTION”**

COGNOME E NOME DELLO STUDENTE (come da documento d'identità in corso di validità per l'espatrio)	
ESTERMI DOCUMENTO IDENTITA' STUDENTE (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)
