Al Dirigente scolastico

Liceo Scientifico “G Marconi”

Ai referenti del “Progetto Cielo”

Prof. De Carlo– Milazzi – Cilfone

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_ sez \_\_\_\_ del Liceo Scientifico Statale “G. Marconi” di Foggia

C H I E D E

di partecipare al **“Progetto Cielo”**, che prevede la frequenza di n. 5 lezioni seminariali in orario pomeridiano in **DDI** nel periodo Gennaio/Marzo 2021

DICHIARA

1) Di aver già partecipato al Progetto : a.s. 2018/19 a. s. 2019/20

2) Di non aver partecipato al Progetto nei due anni scolastici precedenti

3) Di aver riportato le seguenti valutazioni nell’a.s. 2019/20: Scienze Fisica

Si versa il **contributo di 10 Euro** (copia del versamento da allegare) come quota di iscrizione alla Società Astronomica Pugliese, e si impegna a frequentare con assiduità e impegno il corso.

 Firma studente

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

Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La presente richiesta di partecipazione vale come autorizzazione del genitore.

II/La sottoscritto/a esprime, altresì, il proprio consenso all’eventuale pubblicazione del nome e di alcuni prodotti didattici, nonché dell’immagine del/della proprio/propria figlio/a in contesti inerenti lo svolgimento delle attività del progetto svolte con il personale docente.

Foggia, ---/----/2021 Firma del genitore

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