



## ITET "L. & V. Pasini"

### SCHEDA DI CANDIDATURA Progetto SommerAKTIVersität 2019

Compilando la seguente scheda chiedo di partecipare alle selezioni per il progetto **SommerAKTIVersität 2019**. In caso fossi selezionato mi impegno a frequentare le attività di preparazione e le attività proposte durante il periodo di permanenza all'estero a mantenere un comportamento adeguato a rispettare i docenti formatori e di supporto a rispettare gli orari e le indicazioni dei docenti

#### SEZ. 1 - DATI PERSONALI

Genere  M  F CLASSE \_\_\_\_\_  
Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
Data di nascita (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_  
Indirizzo *con numero civico* \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia (sigla) \_\_\_\_\_  
Cell. Personale \_\_\_\_\_ N. tel. da contattare per emergenze \_\_\_\_\_  
Nome della persona da contattare per emergenze e rapporto di parentela \_\_\_\_\_  
e-mail personale (*non scrivere indirizzi di parenti o amici*) \_\_\_\_\_

#### SEZ. 2

Ho partecipato ad altri progetti Europei NO  SI   
Se SI a quali e in che anno scolastico \_\_\_\_\_  
Voto in Prima LS \_\_\_\_\_ Seconda LS studiata (se prevista dal corso di studi) \_\_\_\_\_

#### SEZ. 2

Allergie da segnalare NO  SI  Quali \_\_\_\_\_  
Serie allergie ad animali NO  SI  Quali \_\_\_\_\_  
Diete particolari \_\_\_\_\_

o problemi alimentari NO  SI  Quali

\_\_\_\_\_

Altre rilevanti condizioni di salute da segnalare se SI  **consegnare un certificato o una dichiarazione scritta al docente referente di progetto**

NO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore di \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo *con numero civico* \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia (*sigla*) \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

e-mail personale (*non scrivere indirizzi di parenti o amici*) \_\_\_\_\_

Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare alle selezioni per il progetto SommerAKTIVersität e ad agevolare la sua partecipazione

*Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge 675/96 e successive modifiche.*

*Sono informato che tali dati verranno messi a conoscenza dei partecipanti al flusso e dei docenti e formatori coinvolti.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_