



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**

LICEO SCIENTIFICO STATALE "C. CAVOUR"

distretto IX - 00184 Roma via delle Carine,1 Tel. 06121122045 ☎ 0667663802

cod. fisc.: 80253350583 Codice Meccanografico: RMPS060005

✉ rmps060005@istruzione.it; rmps060005@pec.istruzione.it

ALLEGATO 1

PROGETTO PON_ MOD 3_INSEGNARE ED APPRENDERE IN RETE

Al Dirigente Scolastico del Liceo Scientifico C.Cavour

Oggetto: Domanda di partecipazione alla selezione di n°20 studenti.

Il/La sottoscritto/a

COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	
TELEFONO	
INDIRIZZO MAIL	
FREQUENTANTE LA CLASSE	

DICHIARA

di aver preso visione del bando di selezione in tutte le sue parti

E CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione per partecipare al progetto dal titolo.

Consapevole che, ai sensi del D.P.R. 445/2000, chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che l'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale a uso di atto falso,

DICHIARA:

- di essere studente iscritto al Liceo Scientifico C. Cavour nell'anno scolastico in corso e di frequentare regolarmente le lezioni;
- di rendersi disponibile per l'intera durata del Progetto a svolgere tutte le attività previste dal progetto incluse le fasi di disseminazione e reportistica, nonché a produrre ed esibire tempestivamente tutti i documenti necessari alla realizzazione del Progetto, nel rispetto di modalità e tempistica indicata dal Liceo Scientifico Cavour;
- di collaborare fattivamente per il corretto andamento delle attività e la buona riuscita del Progetto;
- di attenersi per l'intera durata del Progetto alle indicazioni operative impartite dalla Scuola di appartenenza e dai tutor;

- di comunicare tempestivamente alla Scuola di appartenenze e ai tutor qualsiasi modifica e/o variazione relativa a dati e/o informazioni concernenti la partecipazione al Progetto;

- di aver preso visione e di accettare integralmente quanto previsto nell'Avviso pubblico relativo alla partecipazione al Progetto.

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, il/la sottoscritto/a dichiara i seguenti titoli richiesti dal bando, compilando la seguente tabella:

VOTO IN MATEMATICA	MEDIA DEI VOTI DELL'a.s.2017/2018	CERTIFICAZIONI DIGITALI O ATTESTATI DI FREQUENZA RELATIVI A CORSI PER L'ACQUISIZIONE DI COMPETENZE DIGITALI	PUNTEGGIO TOTALE (a cura della commissione)
Punti da 1 a 10	Punti da 1 a 10	Punti 10 per ogni attestazione	

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196).

Luogo e data.....

Firma dell'alunno.....

Il documento deve essere controfirmato dal padre / madre / tutore dello studente.
Nel caso di genitori separati, dovrà essere compilato e firmato da entrambi i genitori.

Nome e cognome di padre / madre / tutore dello studente	Firma leggibile

Dati del genitore firmatario:

COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	
TELEFONO	
INDIRIZZO MAIL	

Dati del genitore firmatario:

COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	
TELEFONO	
INDIRIZZO MAIL	



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**

LICEO SCIENTIFICO STATALE "C. CAVOUR"

distretto IX - 00184 Roma via delle Carine,1 Tel. 06121122045 ☎ 0667663802

cod. fisc.: 80253350583 Codice Meccanografico: RMPS060005

✉ rmpls060005@istruzione.it; rmpls060005@pec.istruzione.it

ALLEGATO 2

PROGETTO PON_ PROGETTO PON_ MOD 3_INSEGNARE ED APPRENDERE IN RETE

Al Dirigente Scolastico del Liceo Scientifico C. Cavour

Oggetto: dichiarazione di assunzione di responsabilità e liberatoria.

Il/La sottoscritto/a

COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	
TELEFONO	
INDIRIZZO MAIL	

padre / madre / tutore dello studente

COGNOME	
NOME	
FREQUENTANTE LA CLASSE	

AUTORIZZA

1 propri_ figli_ a partecipare al progetto dal titolo

A tal fine autorizza _1_ propri_ figli_ a:

- sottoscrivere il **Patto formativo** e la **liberatoria alla pubblicazione delle proprie immagini**, successivamente all'approvazione e affissione della graduatoria;

.

Luogo e data

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

N.B. Nel caso di genitori separati, la "Dichiarazione di assunzione di responsabilità e liberatoria" dovrà essere compilata e firmata da entrambi i genitori.