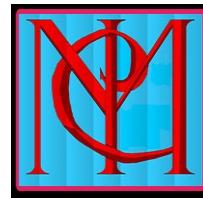




MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Comprensivo Statale "Gaetano Manfredini"
Piazza Pio VI, 9 - 04014 PONTINIA (LT)
<http://www.icmanfredini.edu.it>
C.F. 80003060599 - CUU: UFXNHP - ☎ 0773/86038 - fax
0773/849020

email: ltic841003@istruzione.it ✉ ltic841003@pec.istruzione.it



Richiesta di partecipazione alle attività di Laboratorio scacchi progetto Stem dm65/2023

Il sottoscritto:

SEZIONE 1 – DATI ANAGRAFICI ALUNNO

Codice Fiscale	
Nome	
Cognome	
Provincia di nascita	
Comune di nascita	
Data di nascita	
Sesso	
Cittadinanza	
E-mail (non obbligatorio)	
Telefono (non obbligatorio)	
Cellulare (non obbligatorio)	

SEZIONE 2 - SCUOLA DI APPARTENENZA ED EVENTUALI ANNI RIPETUTI

Scuola di appartenenza	
Classe frequentata	<input type="checkbox"/> 1° anno <input type="checkbox"/> 2° anno <input type="checkbox"/> 3° anno <input type="checkbox"/> 4° anni <input type="checkbox"/> 5° anno
Anni ripetuti scuola primaria	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> 1 anno <input type="checkbox"/> 2 anni <input type="checkbox"/> 3 anni <input type="checkbox"/> 4 anni <input type="checkbox"/> 5 anni
Anni ripetuti scuola secondaria di primo grado	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> 1 anno <input type="checkbox"/> 2 anni <input type="checkbox"/> 3 anni <input type="checkbox"/> 4 anni <input type="checkbox"/> 5 anni
Anni ripetuti scuola secondaria di secondo grado	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> 1 anno <input type="checkbox"/> 2 anni <input type="checkbox"/> 3 anni <input type="checkbox"/> 4 anni <input type="checkbox"/> 5 anni

SEZIONE 3 -STUDENTE MINORENNE

STUDENTE MINORENNE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____,

residente in via _____ città _____ prov. _____

e

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____,

residente in via _____ città _____ prov. _____

genitori/tutori legali dell'allievo/a _____

nato/a a _____ (____) il _____,

residente in via _____ città _____ prov. _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

acquisite le informazioni sopra riportate ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679 e della normativa nazionale (artt. 13 e 23 del D.L.gs. n. 196/2003), con la sottoscrizione del presente modulo, dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutoria nei confronti del minore, autorizzano la raccolta e il trattamento dei dati necessari per l'accesso alle attività formative PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA per le attività di Laboratorio scacchi progetto Stem dm65/2023

Data ____/____/____

Firme dei genitori/tutori

