**ALLEGATO 2**

**BANDO DI SELEZIONE PER MOBILITA’ STUDENTI PROGETTO ERASMUS + D.M. 61/2023**

**ALUNNI CLASSI SECONDE della Scuola Secondaria di I Grado “G. Mazzini”**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(madre/padre/tutore)

Telefono/cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 e

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(madre/padre/tutore)

Telefono/cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D O N O**

che l’alunno/a COGNOME E NOME DELLO STUDENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CLASSE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SEZ.\_\_\_\_ possa partecipare al Programma di mobilità in oggetto ed a tutte le attività previste dal Progetto ERASMUS+ D.M. 61 del 3 aprile 2023: “*Decreto di destinazione di risorse per incentivare scambi ed esperienze formative all’estero per studenti e per il personale scolastico attraverso un potenziamento del programma Erasmu+ 2021/2027 e nell’ambito della Missione 4- Componente 1 – Investimento 3.1 Nuove competenze e nuovi linguaggi del Piano nazionale di ripresa e resilienza, finanziato dall’Unione europea – Next Generation EU*”;

A tal proposito dichiara/no che l’alunno/a ha riportato nello scrutinio intermedio dell’a.s. 2024/25:

* Media dei voti ottenuti in tutte le discipline \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Giudizio sintetico attribuito al comportamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Voto attribuito alla lingua inglese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Reddito ISEE 2025: DICHIARAZIONE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOCUMENTI DA PRESENTARE E DETENERE DURANTE IL VIAGGIO:

1. Carta d’identità valida / passaporto valido;
2. Tessera sanitaria;
3. Certificazioni mediche attestanti eventuali patologie, allergie e intolleranze alimentari.

Con la presente autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/2003 e s.m.i..

 FIRMA (dei genitori o del tutore)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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