



ISTITUTO COMPRENSIVO "GIOVANNI PASCOLI"

Via delle Palme, 13 04011 Aprilia (LT)

☎ 0692704059 – 3428274528 - C.M. LTIC82200N - C.F. 80008190599 - C.U. UFH0UP

Codice IPA: istsc_ltic82200n Sito web: www.icgiovannipascoli.edu.it –

✉ Email: ltic82200n@istruzione.it – ✉ PEC: ltic82200n@pec.istruzione.it

Plesso "Montarelli" Via S. Di Giacomo ☎ /fax 0695275341 – 0692703974

Plesso "Pirandello" Via Lazio ☎ /0692704397

Coordinate bancarie presso la Banca d'Italia (T.U. - solo per altre PA) : IT 53 U 01000 03245 341300312626
C.C. B. BPER IT 22 G 05387 73920 000000004686

Circolare n.38

Aprilia, 27 settembre 2024

Ai docenti di Musica dell'Istituto

Oggetto: **Avviso Pubblico**

Si allega alla presente il bando in oggetto pervenuto dall' Istituto Comprensivo "Garibaldi" di Fondi

F.TO IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Ciro Scognamiglio

FIRMA AUTOGRAFA SOSTITUITA AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 3, c.2

DEL D.LGS. N.39/1993

MODULO DI PRE-ADESIONE PROGETTO DELE

Io sottoscritto..... genitore

dell'alunno/a frequentante la classe sez. dell' I.C. "G.

Pascoli" di Aprilia,

intendo far aderire mio/a figlio/a al corso:

☐ A1

☐ A2/B1

Dichiaro

di aver letto con attenzione la comunicazione allegata contenente tutti i dettagli in merito ai corsi di impegnarmi con la presente a versare entro e non oltre il 09/10/23 la quota di E 210,00 una volta ricevuto l'avviso di pagamento di essere consapevole di non poter chiedere alcun rimborso in caso di rinuncia al corso dopo il pagamento

MADRE:

DATI DEI GENITORI:

COGNOME _____ **NOME** _____

N. TELEFONO / CELLULARE _____

INDIRIZZO MAIL: _____

PADRE:

COGNOME _____ **NOME** _____

N. TELEFONO / CELLULARE _____

INDIRIZZO MAIL: _____

DATI DEL GENITORE CHE EFFETTUA IL PAGAMENTO DEL CORSO

COGNOME _____ **NOME** _____

CODICE FISCALE: _____

EVENTUALI **CERTIFICAZIONI LINGUISTICHE** GIA' IN **POSSESSO** DELL'ALUNNA/O CON INDICAZIONE DEL LUOGO E DELLA DATA DI CONSEGUIMENTO (allegare fotocopia dell'attestato al presente modulo):

PER MOTIVI ORGANIZZATIVI (AD ESEMPIO RIENTRO A CASA AL TERMINE DEL CORSO) , SI CHIEDE DI POTER FREQUENTARE LE LEZIONI INSIEME ALL'ALUNNA/O (esprimere una sola preferenza):

Data

Firma di entrambi i genitori

Da stampare, compilare e restituire al Docente Referente

**AUTORIZZAZIONE AD USCIRE AUTONOMAMENTE AL TERMINE
DELLO SVOLGIMENTO DEL CORSO
PER IL CONSEGUIMENTO DELLE CERTIFICAZIONI CAMBRIDGE**

I SOTTOSCRITTI _____ E _____

GENITORE DELL'ALUNNO _____ CLASSE _____ SEZ. _____

FREQUENTANTE IL CORSO PER LA CERTIFICAZIONE CAMBRIDGE PER L'A.S. 2024-2025 PRESSO L'I.C. "GIOVANNI PASCOLI" DI APRILIA

AUTORIZZO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA'

MIO FIGLIO AD USCIRE AUTONOMAMENTE AL TERMINE DELLO SVOLGIMENTO DEL CORSO PER IL CONSEGUIMENTO DELLA CERTIFICAZIONE CAMBRIDGE.
DICHIARO INOLTRE CHE NON SUSSISTONO OPPOSIZIONI DA PARTE DI ALTRA PERSONA CHE ESERCITA LA POTESTA' PARENTALE.

APRILIA, _____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORE

