|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | ***UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO*ISTITUTO COMPRENSIVO “via Cassia km 18,700”**C.F. 97198100584 Codice Mecc. RMIC86000G Distretto XXVIIIL.go C.V. Lodovici, 9 – 00123 Roma 06/30888160 rmic86000g@istruzione.it PEC: rmic86000g@pec.istruzione.it   [www.icsoglianamaldi.edu.it](http://www.icsoglianamaldi.edu.it) |
|  |  |

**Allegato 2 circ.n. 99 del 12/12/2024**

Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. Via Cassia km 18,700

**RICHIESTA PARTECIPAZIONE GENITORI / TUTORI A PERCORSI FORMATIVI – PNRR**

|  |
| --- |
| **PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA MISSIONE 4:** MISSIONE 4: ISTRUZIONE E RICERCA Componente 1 – Potenziamento dell’offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle Università - Investimento 1.4: Intervento straordinario finalizzato alla riduzione dei divari territoriali nelle scuole secondarie di primo e di secondo grado e alla lotta alla dispersione scolastica - Interventi di tutoraggio e formazione per la riduzione dei divari negli apprendimenti e il contrasto alla dispersione scolastica *–* PNRR M4C1-1.4 - MIM Riduzione dei divari negli apprendimenti e contrasto alla dispersione scolastica. *(D.M. 19/2024)* |
| **Identificativo Progetto: M4C1I1.4-2024-1322-P-52868**  |
| **CUP: G84D21001040006**  |
| **Titolo progetto: SCUOLA CATALIZZATRICE DI BENESSERE**  |

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_

in qualità di genitore/i /Tutore / Affidatariodell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_, sez \_\_\_\_\_\_\_ della scuola secondaria di primo grado dell’I.C. Via Cassia km 18,700 a.s. 2024/2025, acquisite le informazioni sopra riportate ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 196/2003, adeguato al Regolamento UE 2016/679, dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutoriale nei confronti del minore,

**CHIEDE**

◻ Di partecipare alle attività previste dal Progetto **SCUOLA CATALIZZATRICE DI BENESSERE** nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) relative ai **Percorsi di orientamento con il coinvolgimento delle famiglie.**

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione della circolare n. 99 del 12/12/2024 **“**PNRR INTERVENTI PER LA RIDUZIONE DEI DIVARI NEGLI APPRENDIMENTI E IL CONTRASTO ALLA DISPERSIONE SCOLASTICA **(D.M. 19/2024) - AVVIO ATTIVITÀ”** e di accettarne il contenuto. In caso di partecipazione il sottoscritto si impegna a frequentare con costanza ed impegno, consapevole che per l’amministrazione il progetto ha un impatto notevole sia in termini di costi che di gestione.

I sottoscritti avendo ricevuto l’informativa sul trattamento dei dati personali autorizzano codesto Istituto al loro trattamento solo per le finalità connesse con la partecipazione alle attività formativa previste dal progetto **SCUOLA CATALIZZATRICE DI BENESSERE** nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Si allega le fotocopia del documento di riconoscimento dei genitori

|  |
| --- |
| Firma Genitore |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**TUTELA DELLA PRIVACY - Il titolare del trattamento dei dati, nella persona del D.S., informa che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.196/2003 e GDPR n.2016/679 e successive integrazioni e modifiche, i dati raccolti verranno trattati per solo per le finalità connesse con la partecipazione alle attività formativa previste dal progetto e per la rendicontazione all’Autorità di gestione delle azioni attivate per la sua realizzazione e che i dati personali da Lei forniti ovvero altrimenti acquisiti nell’ambito della nostra attività formativa, serviranno esclusivamente per la normale esecuzione dell’edizione formativa a cui suo/a figlio/a si iscrive.**