|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | File:Italy-Emblem.svg | unione2 |

***L I C E O C L A S S I C O S T A T A L E “T. L. C A R O”***

con sezione annessa di Liceo Scientifico – Scienze Applicate **-** Linguistico

Via Roma, 28 - Sarno (SA) – C.F. 80021720653 - codice meccanografico: SAPC10000P

Tel. 081/5137321 - 081/5137668 – Fax: 081/5137311

**web site: www.liceosarno.edu.it – e-mail: sapc10000p@istruzione.it– PEC:** **sapc10000p@pec.istruzione.it**

 Al Dirigente Scolastico

 Liceo Classico” T.L. Caro”

Prot. N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oggetto**: **autorizzazione inizio Progetto Curvatura**

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

 Indicare il titolo del progetto

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

docente di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio per l’a.s. 20…./…. presso codesto istituto, referente del progetto in oggetto

**D I C H I A R A**

* di aver preso visione della circolare docenti recante disposizioni sugli adempimenti dei Docenti referenti dei Progetti e sulla modalità di svolgimento degli stessi;
* di aver informato gli allievi partecipanti sul progetto;
* di aver selezionato tramite \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in totale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_allievi , frequentanti la/le classe/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 della/e sez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo/i\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di aver acquisito le autorizzazioni dei genitori.

**C H I E D E L’ A U T O R I Z Z A Z I O N E**

di avvio del Progetto in oggetto che inizierà il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e proseguirà secondo il calendario allegato che verrà affisso all’albo scolastico.

Sarno, Firma del Docente referente

In allegato è riportato il calendario di svolgimento del Progetto da consegnare al DSGA

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

Il Dirigente scolastico

|\_| AUTORIZZA l’avvio del Progetto in oggetto

|\_| NON AUTORIZZA l’avvio del Progetto in oggetto

 Il Dirigente Scolastico