Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"CANNIZZARO-GALATTI"
Via M.Giurba n.2 - 98123 MESSINA - Tel. 090716398 - 090713196
Distretto Scolastico 029 – Codice Fiscale 80008360838
e-mail: meic86600p@istruzione.it pec: meic86600p@pec.istruzione.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
Mobilità Studenti

I sottoscritti,

Madre _____ e

Padre _____,

dell'alunno/a _____,

nato/a il _____ a _____provincia di_____,

frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola_____

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a possa partecipare alla selezione per essere ammesso alla mobilità prevista dal Progetto Erasmus+ con destinazione Marsiglia (Francia) presso il **College Jean Moulin - dal 15 febbraio al 19 febbraio 2027**

PAESE OSPITANTE: FRANCIA

NUMERO PARTECIPANTI: 6 alunni

PERIODO dal 14 FEBBRAIO 2027 al 20 FEBBRAIO 2027 salvo modifiche

DURATA: 7 gg

DICHIARANO

di essere a conoscenza che:

- la selezione sarà effettuata sulla base di una graduatoria formata secondo i criteri individuati nel bando;

- che per la mobilità saranno coinvolti n 6 alunni;

- nel caso di parità di punteggio sarà data priorità all'alunno che non abbia beneficiato in precedenza di altro finanziamento Erasmus+ e che abbia famiglia con ISEE inferiore;

- gli alunni partiranno con almeno n. 2 docenti accompagnatori;

- in caso di rinuncia le spese non rimborsabili saranno sostenute dalla famiglia.

Le spese saranno gestite con i fondi statali stanziati, tuttavia si richiede alle famiglie la disponibilità a coprire costo di vitto e altro non previsti dal finanziamento tramite il versamento di **Euro 250,00** a garanzia dell'impegno preso e per la copertura di eventuali spese comuni da affrontare in loco.
Con la presente i sottoscritti autorizzano la scuola al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/2003 e ss. mm. ed ii..

COGNOME E NOME DELL'ALUNNO/A _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

CLASSE _____

RECAPITO TELEFONICO (di entrambi i genitori)

_____

EVENTUALE RECAPITO TELEFONICO DELL'ALUNNO/A

_____

EMAIL di entrambi i genitori

1)_____

2)_____

ALLERGIE o INTOLLERANZE:

_____

Si allegano:

-fotocopia della carta d'identità dei genitori dichiaranti

- fotocopia della carta di identità dell'alunno/a

- fotocopia della tessera sanitaria dell'alunno/a.

- eventuale certificazione medica

Il presente modulo dovrà essere spedito corredato di tutti i documenti richiesti all'indirizzo:

meic86600p@istruzione.it

Luogo e data _____, _____

FIRMA di entrambi i genitori (o di chi ne fa le veci)

_____ _____