**MODULO RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AVVIO PROGETTO**

**Al Dirigente scolastico**

delL’I. C. “Sant’elia Fiumerapido”

e p.c. Al DSGA

**Oggetto**: richiesta autorizzazione avvio Progetto rientrante nel Piano dell’Offerta Formativa.

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

indicare il titolo del Progetto

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, docente di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio per l’a. s. 20../20.. presso codesto Istituto, referente del progetto in oggetto, la cui attuazione è stata approvata dal Collegio dei Docenti e che rientra nel Piano dell’Offerta Formativa e

**DICHIARA**

* di aver informato dettagliatamente gli studenti sul progetto;
* di aver individuato in totale n. … studenti, frequentanti la/le seguenti classe/i (vedi allegato 1);
* di aver acquisito le autorizzazioni dei genitori;
* che i docenti coinvolti nel progetto sono gli stessi già individuati nella sua scheda di presentazione iniziale (scheda PTOF punto 1.5), fermo restando l’indicazione immediata di eventuali variazioni nella partecipazione delle risorse umane

**CHIEDE L’AUTORIZZAZIONE**

di avvio del progetto sopracitato che prevede

|  |
| --- |
| *(breve sintesi del contenuto del progetto)* |

secondo il seguente calendario dettagliato delle attività/azioni da svolgere:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ATTIVITÀ/AZIONI | DATA | EVENTUALI VARIAZIONI |
|  |  |  |
|  |  |  |

DataReferente

In allegato sono riportati

Allegato 1: elenco studenti con classi di provenienza

Allegato 2: registro presenze

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Il Dirigente Scolastico**

( ) **AUTORIZZA** l’avvio del Progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) **NON AUTORIZZA** l’avvio del Progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il Dirigente Scolastico**

*Dott. Nazario Malandrino*

**ALL. 1 - Elenco studenti e classi di provenienza**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **n.** | **STUDENTE** | **CLASSE** | **INDIRIZZO** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |
| **11.** |  |  |  |
| **12.** |  |  |  |
| **13.** |  |  |  |
| **14.** |  |  |  |
| **15.** |  |  |  |
| **16.** |  |  |  |
| **17.** |  |  |  |
| **18.** |  |  |  |
| **19.** |  |  |  |
| **20.** |  |  |  |
| **21.** |  |  |  |
| **22.** |  |  |  |
| **23.** |  |  |  |
| **24.** |  |  |  |

**ALL. 2 - REGISTRO PROGETTO PTOF F**

*(da compilare solo per i progetti extracurriculari)*

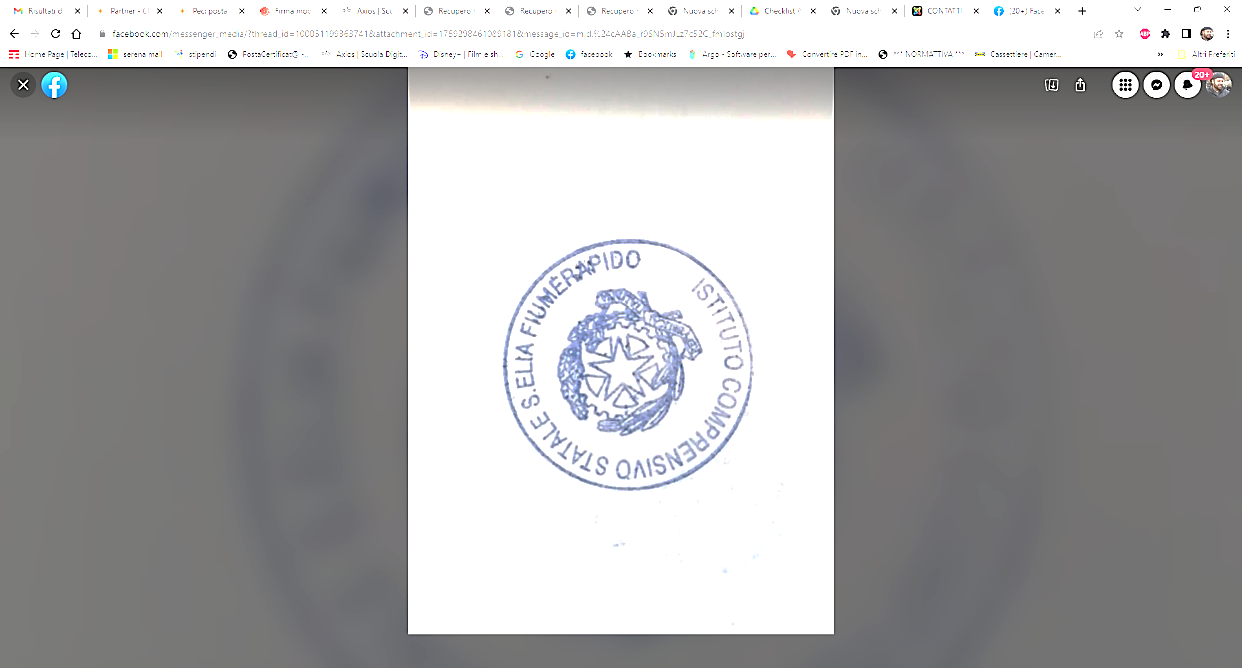
**TITOLO**……………………………………………………

**Referente/i …………………………………………**

(consegnare in Segreteria insieme alla relazione finale)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **n.** | **STUDENTE** | **FIRMA** | **Data e orario incontro:** | **Data e orario incontro:** | **Data e orario incontro:** | **Data e orario incontro:** |
|  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |
| N.B. dovranno firmare i docenti presenti ai singoli incontri | | | Firma docenti | Firma docenti | Firma docenti | Firma docenti |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Cordiali saluti*



|  |
| --- |
| Il Dirigente Scolastico  dott. Nazario Malandrino |
| Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell’art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93 |