ISTITUTO COMPRENSIVO “OLTRARNO

” Scuola dell’Infanzia Nencioni - Torrigiani - Scuola Primaria Agnesi - Nencioni - Torrigiani Scuola Secondaria di I Grado “N. Machiavelli” www.comprensivo-oltrarno.it

Al Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo “Oltrarno”

Prof.ssa Ingenuo Antonella

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALUNNI AI LABORATORI DEL PROGETTO “OLTRE LA RECIPROCITA’ REALIZZATO CON IL CONTRIBUTO DELLA FONDAZIONE CR DI FIRENZE

LABORATORI RELATIVI AL PROGETTO “OLTRE LA RECIPROCITA’”

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_ della scuola Secondaria di primo Grado chiede che il succitato figlio venga ammesso al percorso formativo (barrare con la x il modulo o i moduli scelti, con indicata accanto alla x la priorità 1,2,3):

 LABORATORIO LINGUA ITALIANA

 LABORATORIO MATEMATICA E SCIENZE

 LABORATORIO DIGITALE

 LABORATORIO DI CITTADINANZA RESPONSABILE

 MUSICAL

 SPORTELLO ASCOLTO

dichiara inoltre di avere altri figli (barrare con la X)

NO □ SI □ n° figli ….. età di ciascuno………

di essere:

□ occupato □ disoccupato

Altro ………

di essere:

□ coniugato □ divorziato □ separato □ vedovo/a □ altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dati del/la candidato/a Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Età (anni compiuti) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (comune) (prov.)

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e.mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Articolazione dei corsi/laboratori**

Ogni percorso formativo attinente al laboratorio sarà rivolto a gruppi di massimo18 alunni, sarà svolto in modalità mista: in presenza e in DAD e sarà articolato secondo una scansione che sarà a breve resa nota.

Gli incontri si svolgeranno, nei mesi da dicembre 2020 a giugno 2021, in orario pomeridiano in una fascia oraria che va dalle ore 16.00 alle ore 19.00.

Il musical verrà realizzato in presenza nei locali della Palestra della Scuola Machiavelli ed è rivolto ad un massimo di 12 allievi.

Qualora l’alunno, nel corso del progetto, si assenterà consecutivamente per tre volte in maniera non giustificata sarà escluso dalle attività e sostituito dall’alunno immediatamente successivo nella graduatoria.

Lo sportello ascolto sarà prenotabile da tutti gli alunni e genitori dell’Istituto Oltrarno, tramite email dedicata (sportello.ascolto@ic-oltrarno.edu.it) nei giorni lunedì e mercoledì in una fascia oraria che va dalle ore 17 alle ore 18.

**Iscrizioni al corso**

Il termine per le iscrizioni è fissato alle ore 12,00 del 30/11/2020.

Modalità di reclutamento: Il reclutamento avverrà a giudizio insindacabile del Gruppo di Progetto (progettisti, docenti) coordinato dal Dirigente Scolastico che prenderà in considerazione le richieste pervenute valutando le esigenze familiari come da Bando e i bisogni formativi degli allievi che ne fanno richiesta.

La frequenza è completamente gratuita.

Le domande devono essere consegnate a mano alla segreteria Didattica dell I.C. Oltrarno entro il termine fissato, in busta chiusa e con indicato in busta Candidatura selezione Progetto Fondazione Cassa Risparmio di Firenze..

Gli alunni della Scuola primaria potranno consegnare la domanda al Referente d’Istituto.

Firenze,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n°196 e succ. integrazioni e modifiche informiamo che i dati personali forniti ovvero altrimenti acquisiti nell’ambito della nostra attività formativa, serviranno esclusivamente per la normale esecuzione del corso a cui si iscrive. Resta inteso che la Scuola, depositaria dei dati personali, potrà, a richiesta, fornire all’autorità competente del FCR di Firenze le informazioni necessarie per le attività di monitoraggio e valutazione del processo formativo.

Firenze \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (firma consenso trattamento dati personali)

CONSENSO INFORMATO SPORTELLO ASCOLTO

Secondo la normativa indicata, il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza.

1) Tutti i dati forniti verranno trattati esclusivamente ai fini connessi allo svolgimento dei compiti e degli obblighi derivanti dall'incarico della psicologa psicoterapeuta regolarmente iscritta all'Ordine degli Psicologi.

2) Il trattamento dei dati verrà effettuato secondo modalità manuali idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale

Per poter usufruire dello sportello, gli alunni hanno bisogno del consenso dei genitori, perciò dovranno portare a scuola il seguente modulo debitamente compilato, anche in caso di risposta negativa.

I sottoscritti………………………............……………… genitori/affidatari dell’alunno/a ................... nato/a…………………… il ………………………….. frequentante la classe e sezione …………... dell’istituzione, presso l’Istituto comprensivo oltrarno di Firenze, valutato il servizio dello Sportello d’Ascolto Psicologico facente parte integrante del progetto Oltre la Reciprocità, nell’anno scolastico 2020/2021, in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del citato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi del citato regolamento europeo 679/2016:

o ACCONSENTONO

o NON ACCONSENTONO

al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore) .................................................................................... , necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell’informativa.

Di conseguenza

o Autorizzano

o Non Autorizzano

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la psicologa e psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi.

 Firenze ……. In fede, firma del padre firma della madre