***Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca***

***Liceo Scientifico Statale “G. Marconi”***

***Via Danimarca,25 - 71122 FOGGIA***

***Tel. 0881 636571 / 330399 – PEC: fgps040004@pec.istruzione.it - C.F. 80031370713***

***web: www.liceogmarconi.it e-mail:*** [***fgps040004@istruzione.it***](mailto:fgps040004@istruzione.it)

Al Dirigente scolastico

Liceo Scientifico “G Marconi”

Ai referenti del “Progetto Cielo”

Prof. De Carlo – Di Adila – Milazzi – Cilfone

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_ sez \_\_\_\_ del Liceo Scientifico Statale “G. Marconi” di Foggia

C H I E D E

di partecipare “Progetto Cielo”, che prevede la frequenza di n. 4 lezioni seminariali in orario pomeridiano presso il Liceo Scientifico “Marconi” di Foggia e 2 “visite didattiche” all’Osservatorio Astronomico di Acquaviva delle Fonti e a Bari/Foggia nel periodo Gennaio/Maggio 2018

DICHIARA

1)Di aver già partecipato al Progetto : a.s. 2017/18 a. s. 2018/19

2)Di non aver partecipato al Progetto nei due anni scolastici precedenti

3) Di aver riportato le seguenti valutazioni nell’a.s. 2017/18: Scienze Fisica

Si allega la ricevuta del versamento del **contributo di 15 Euro** come quota di iscrizione alla Società Astronomica Pugliese, e si impegna a frequentare con assiduità e impegno il corso.

Firma studente

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

Cellulare alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La presente richiesta di partecipazione vale come autorizzazione del genitore.

II/La sottoscritto/a esprime, altresì, il proprio consenso all’eventuale pubblicazione del nome e di alcuni prodotti didattici, nonché dell’immagine del/della proprio/propria figlio/a in contesti inerenti lo svolgimento delle attività del progetto svolte con il personale docente.

Foggia, ---/----/2019 Firma del genitore

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