

Allegato B

PROGRAMMA ERASMUS+
ACCREDITAMENTO AZIONE KA120 SETTORE SCUOLA
2025-1-IT02-KA121-SCH-000312723
INTERVENTO: CUP D13C25000950006

CONSENSO dei GENITORI/TUTORI

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____,
residente a _____, in _____
provincia _____ carta d'identità _____
rilasciata da _____,

E

La sottoscritta _____
nata a _____ il _____,
residente a _____, in _____
provincia _____ carta d'identità _____
rilasciata da _____,

in qualità di genitori/tutori dell'alunno/a _____
frequentante nell'a.s. 2025- 2026 la classe _____ sez _____ indirizzo _____
indirizzo email _____ recapito telefonico studente _____

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a possa candidarsi alla selezione per prendere parte ad una mobilità Erasmus+ presso una scuola ospitante europea.

DICHIARANO, nel caso di selezione del proprio/a figlio/a, di autorizzarlo a:

- *prendere parte ad una mobilità di 6 giorni (+2 di viaggio) per la frequenza in un Istituto*

scolastico di secondo grado presso una scuola partner dell'Istituto a Saragozza (Spagna).

DICHIARANO, inoltre:

- *di essere a conoscenza di quanto contenuto nell'avviso di selezione.*

I sottoscritti autorizzano il trattamento dei propri dati personali e del proprio/a figlio/a ai sensi del GDPR (Regolamento UE 679/2016) e successive modifiche, per le attività connesse con la realizzazione della mobilità. Dichiarano di essere a conoscenza che tali dati verranno condivisi con la scuola e la scuola ospitante.

Data _____

Firma _____

Firma _____

Allegati:

Fotocopia documenti di identità di entrambi i genitori/tutori.