MODELLO RICHIESTA CANDIDATURA PER ATTIVAZIONE PERCORSO PCTO – a.a. 2024/2025

|  |
| --- |
| ***DATI DELLO STUDENTE***  |
| Nome/cognome dell\* student\* |
| Classe  |
| Indirizzo  | Cap |
| Comune | Provincia |
| E-mail/ tel. |
| Periodo richiesto per svolgere il PCTO:  |
| ore da svolgere PCTO: |
| INDICAZIONI RIGUARDO LA SCELTA DELL’ATTIVITÁ **(da compilare – student\*)**--- |
| ***DATI DELLA SCUOLA (a cura del Docente referente)*** |
| Nome dell’Istituto |
| Indirizzo  | Cap |
| Comune | Provincia |
| E-mail/PEC |
| Docente referente – nome e cognome |
| e-mail e numero di telefono del Docente referente |

ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, recante “Codice in materia di protezione dei dati personali”.

 I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati manualmente e con mezzi informatici per l’organizzazione dell’iniziativa (registrazione partecipanti all'iniziativa, operazioni connesse alla formazione e all’organizzazione interna, accoglienza e assistenza, eventuale rilascio attestato di frequenza)

**SI RICHIEDE**

|  |
| --- |
|  |

con la consegna della presente scheda consento al trattamento dei dati personali per le finalità indicate nella stessa informativa.

|  |
| --- |
|  |

il consenso all’utilizzo dei dati personali per l’invio di informazioni su eventuali proposte didattiche e formative rivolte ai giovani.