****

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER GLI ISTITUTI

AL **1° Memorial Paride Cioffi/Antonio Lionelli**

# (da compilare e restituire via mail a : acrterradilavoro@libero.it entro il 20/12/2023)

Il Dirigente Scolastico del seguente istituto

|  |  |
| --- | --- |
| DENOMINAZIONE |  |
| INDIRIZZO |  |
| TELEFONO SCUOLA |  |
| EMAIL |  |
| DOCENTE REFERENTE |  |
| CELLULARE DOCENTE |  |
| ALUNNO |  |
| CELLULARE ALUNNO |  |
| DATA DI NASCITA |  |
| CLASSE FREQUENTATA |  |
| NOME DEL PIATTO |  |

chiede

DI PARTECIPARE AL " **1° MEMORIAL Paride Cioffi/Antonio Lionelli** " ORGANIZZATO DALL' ACR " TERRA DI LAVORO "

DICHIARA

* di aver letto e di approvare il “bando e regolamento” del concorso
* di autorizzare, ai sensi della legge n° 196/2003, il trattamento dei dati personali dei partecipanti per tutte le attività inerenti la manifestazione.

 DATA IL DIRIGENTE SCOLASTICO