Immagine che contiene testo

Descrizione generata automaticamenteImmagine che contiene testo

Descrizione generata automaticamente

**ISTITUTO PROFESSIONALE “Domenico Modugno”**

Via L. Sturzo n.c. – 70044 Polignano a Mare (BA) – tel./fax 0804241677

e-mail: [barh120005@istruzione.it](mailto:barh120005@istruzione.it) – PEC: [barh120005@pec.istruzione.it](mailto:barh120005@pec.istruzione.it) – Sito web: [www.modugno.edu.it](http://www.modugno.edu.it)

Codice Meccanografico: BARH120005 – Codice Fiscale: 93510750727 – Codice Univoco Ufficio: UF06OF – Codice iPA: ipdmba

# 

# Alla Dirigente Scolastica dell’ I.P. “Domenico Modugno” Prof.ssa Margherita Manghisi

Polignano a Mare

# **OGGETTO:** Autorizzazione per la partecipazione alle **6 Masterclass** nell’ambito del **SUDESTIVAL 2024** presso il **Cinema Teatro Radar di Monopoli**, **venerdì 26 gennaio – sabato 27 gennaio – venerdì 2 febbraio – venerdì 23 febbraio – venerdì 15 marzo e sabato 16 marzo 2024 (questa data potrebbe variare)**, dalle ore 8.00 alle ore 13.30 ca.. Tutti i dettagli per la partecipazione all’evento sono descritti nella circolare n°. del 22 gennaio 2024. La partecipazione alle Masterclass è gratuita, è richiesto il contributo totale di 48 euro (8 euro a Masterclass) per il trasporto con pullman GT. L’attività è valida ai fini del PCTO. Si ricorda che il monte ore di minimo 210 ore per le attività di PCTO è obbligatorio per l’ammissione all’Esame di Stato.

Il/La sottoscritto/a nato/a il\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

residente a in via n° codice fiscale

in qualità di (genitore/tutore\*/affidatario\*)

(\* consegnare relativa documentazione in direzione)

Il/La sottoscritto/a nato/a il\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

residente a in via n° codice fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

in qualità di (genitore/tutore\*/affidatario\*)

(\* consegnare relativa documentazione in direzione)

dell’alunno/a frequentante la classe

dell’indirizzo della sede di

AUTORIZZA/NO

# il proprio figlio/a prendere parte all’attività in oggetto.

Data Firma

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

Sede associata: I.P.S.S.E.O.A. – Via P. Togliatti 2 – 70016 Noicattaro (BA) – tel. 080 8414155

Sede associata: I.P. – Via Pantaleo, 1 – 70014 Conversano (BA) – tel. 080 4955408