



SCIENZE E TECNOLOGIE

Dipartimento di Bioscienze

Scuola estiva "Tre giorni da Biologo"

11,12,13 luglio 2017

Attività previste presso il Dipartimento di Bioscienze, via Celoria, 26 - Milano

ALLEGATO 1 (da compilare a cura del docente proponente)

| DATI DELLO STUDENTE | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Nome e cognome dello studente | |
| Indirizzo | Cap |
| Comune | Provincia |
| Tel. | Fax |
| E-mail | |
| MOTIVAZIONE DELLA SEGNALAZIONE (risultati scolastici, interessi e attitudini) | |



| | |
|---------------------------------------|-----------|
| DATI DELLA SCUOLA | |
| Nome completo | |
| Indirizzo | Cap |
| Comune | Provincia |
| Tel. | Fax |
| E-mail | |
| Estremi polizza assicurativa | |
| Docente proponente (nome e cognome) | |
| Docente proponente (firma) | |
| Dirigente Scolastico (nome e cognome) | |
| Dirigente Scolastico (firma) | |
| Data | |

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

- a) l'organizzazione dell'iniziativa (registrazione partecipanti all'iniziativa, operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna, accoglienza e assistenza, eventuale rilascio attestato di frequenza)
- b) inviare materiale informativo sulle future iniziative didattiche dell'Istituto.

CONSENSO

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

- consento all'utilizzo dei dati personali per l'invio di informazioni su eventuali proposte didattiche e formative rivolte ai giovani.



ALLEGATO N.2

(da compilare a cura dello studente)

Scheda di autocandidatura per una tra le due seguenti Scuole Estive:

Nome e cognome dello studente candidato

Istituto scolastico di appartenenza

Sostieni la tua candidatura rispondendo alla domanda: "Perché dovremmo scegliere proprio te?"

(si prega di non superare i 2.500 caratteri, spazi inclusi)

FIRMA



AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI

(da compilare nel caso di studente minorenni)

I sottoscritti _____

genitori dello studente _____

presa visione del programma delle Scuole Estive

le cui attività sono previste presso il Dipartimento di Bioscienze, via Celoria, 26 – Milano, nei giorni 11,12,13 luglio 2017, acconsentono la sua partecipazione all'iniziativa.

Data _____

Firma _____