



**Ai Genitori, agli Alunni e ai Docenti
 delle classi 1ATG e 1BTG
 Al Personale ATA
 Al DSGA Dott.ssa Gioia Minuti
 Al Sito Web dell'Istituto**

Oggetto: Attivazione corso di formazione/PNRR - FUMETTO

Si comunica con piacere che a partire dal mese di aprile, presso la sede centrale dell'Istituto, verrà attivato un **corso di FUMETTO**, a seguito di una specifica programmazione curricolare.

Il corso pomeridiano extracurricolare fornirà conoscenze, abilità e competenze specifiche del linguaggio/FUMETTO.

Le lezioni si svolgeranno in orario extracurricolare e le studentesse e gli studenti partecipanti **si impegneranno a frequentare l'intero corso** al fine di poter ottenere l'attestato di frequenza MIUR.

I destinatari/partecipanti saranno individuati dai rispettivi coordinatori di classe.

Il corso COMPLETAMENTE GRATUITO organizzato grazie ai fondi stanziati dal **PNRR/dispersione**, inizierà nel mese di aprile e avrà una **durata complessiva di 20 ore** (il calendario con giorni e orari sarà comunicato successivamente dal **TEAM/PNRR** dell'Istituto, **previo confronto con il coordinatore delle classi coinvolte**).

È possibile presentare uno scontrino individuale rilasciato il giorno del corso fino ad un massimo di 7 € per il pasto consumato e che sarà rimborsato quando perverranno i finanziamenti.

L'IMPEGNO ALLA FREQUENZA ASSIDUA E' PREREQUISITO RICHIESTO PER LA PARTECIPAZIONE AL CORSO

- ❖ **Si ricorda che i corsi, organizzati dalla scuola nell'ambito del PNRR, sono finalizzati al contrasto della dispersione scolastica e sono parte integrante dell'offerta formativa, pertanto forniranno elementi concorrenti alla VALUTAZIONE DI FINE PERIODO.**

Il Dirigente Scolastico
Prof. Nicoletta Ferrari
*Firma autografa omessa ai sensi
 dell'art.3, comma2 del D.Lgs. n. 39/93*

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Io sottoscritto _____, genitore dell'alunno/a _____ frequentante, nel corrente anno scolastico, la classe _____ Indirizzo _____ **AUTORIZZO** mio figlio/figlia a partecipare al **corso di formazione/PNRR – FUMETTO** in base al calendario che verrà fornito **successivamente. AUTORIZZO, inoltre, il/la figlio/a** alla fine del laboratorio a rientrare autonomamente presso la propria abitazione e dichiaro che ha manifestato maturità psicologica, autonomia e capacità di evitare situazioni a rischio.

Data.....Firma del genitore

Data.....Firma del alunno per frequenza assidua agli incontri.....

CRIS00600T - ADD89C6 - CIRCOLARI - 0000435 - 25/03/2024 - Circolare - I