Al Dirigente Scolastico del

Liceo Scientifico “A.Pacinotti” – CAGLIARI

MODULO RICHIESTA PARTECIPAZIONE

CURVATURA BIOMEDICA A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto per l’A.S. 2018/19 alla classe 3 Sezione \_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter partecipare alla sperimentazione “Biologia con curvatura Biomedica”.

Sono consapevole che questa partecipazione riguarda un percorso di 3 anni (per un totale di 150 ore), organizzato in 50 ore di attività per anno, strutturate in 40 ore di lezioni extracurriciolari e 10 ore presso strutture sanitarie, ospedali, laboratori di analisi individuati dall’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri; Queste 10 ore saranno valide ai fini deli Percorsi per le Competenze Trasversali e l’Orientamento PCTO (ex Alternanza scuola lavoro).

Cagliari, \_\_\_\_/ \_\_\_\_ / 20\_\_\_

Lo Studente/La Studentessa

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

**RISERVATO AI GENITORI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore dell’alunno/a di cui sopra conferma la volontà del proprio figlio/a di partecipare al percorso “Biologia con curvatura Biomedica”. Sono stato informato circa i criteri di selezione adottati dal Liceo Scientifico “A.Pacinotti” di Cagliari qualora il numero delle richieste dovesse eccedere la disponibilità dei posti e del fatto che all’atto di accoglimento della domanda sarà richiesta la stipula del patto formativo Scuola-Studente-famiglia.

Cagliari, \_\_\_\_/ \_\_\_\_ / 20\_\_\_

Il Genitore

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