CARTA INTESTATA DELLA SCUOLA

|  |  |
| --- | --- |
|  | Alla Dott.ssa Daniela MarendinoItalgas0112394252daniela.marendino@italgas.it  |
|  |  |

**Oggetto:** Progetto *“Capsule del tempo”.*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirigente Scolastico dichiara di voler aderire al progetto *“Capsule del tempo”*. A tal fine indica:

* i riferimenti dell’Istituzione Scolastica:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome Istituzione**  | **Telefono** | **Email** | **Nome DS** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* i riferimenti degli studenti coinvolti:

|  |  |
| --- | --- |
| **N. Studenti** | **Sezione** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 **(inserire eventuali righe aggiuntive per la richiesta di ulteriori classi terze)**

I dati relativi verranno trattati ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (GDPR) e del D. Lgs. 30 giugno 2003 “*Codice in materia di protezione di dati personali*” n. 196, come integrato con le modifiche introdotte dal D. Lgs. 10 agosto 2018 n. 101.

**Il Dirigente Scolastico**

 Timbro e firma