**Al Dirigente Scolastico**

 dell’I.C. “G.Tomasi di Lampedusa”

 di Santa Margherita di Belice

**Oggetto**: richiesta autorizzazione avvio Progetto rientrante nel Piano dell’Offerta Formativa.

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

indicare il titolo del Progetto

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio per l’a.s. ……… presso questo istituto, referente del progetto citato, la cui attuazione è stata approvata dal Collegio dei Docenti e/o che rientra nel Piano dell’Offerta Formativa 2017/18

**DICHIARA**

* di aver informato dettagliatamente gli allievi sulle finalità, obiettivi e risultati da conseguire del progetto;
* di aver individuato in totale n. \_\_\_\_\_\_\_ alunni, frequentanti le classi ……………………………
* che i docenti coinvolti nel progetto sono:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome**  | **Nome**  | **Classe** | **N. ore**  | **Compiti**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* di aver acquisito le autorizzazioni dei genitori.

**CHIEDE L’AUTORIZZAZIONE**

di avvio del Progetto sopra citato che inizierà il giorno

e proseguirà secondo il calendario allegato.

**Allegati:** calendario svolgimento Progetto

elenco allievi

 Scheda di presentazione del prodotto finale

 *Referente*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Il Dirigente Scolastico**

( )**AUTORIZZA** l’avvio del Progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

( )**NON AUTORIZZA** l’avvio del Progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Il Dirigente Scolastico**

 *Prof. Girolamo Piazza*