



Liceo Classico e Linguistico Statale

“Francesco Petrarca”

34139 TRIESTE - Via D. Rossetti, 74 - tel.: 040 390202 fax: 040 3798971 - C.F. 80019940321

e-mail: scrivici@liceopetrarcats.it pec: tspc02000n@pec.istruzione.it

sito web: www.liceopetrarcats.gov.it

CIRCOLARE N. 791

Trieste, 02.05.2016

Ai sottoelencati studenti:	loro indirizzi email
Santorsola Nicole 1C	
Truncellito Chiara 1C	
Prelaz Ilaria 3E	
Chierego Beatrice 4G	
Trabucco Sara 4G	
Elisa Chiodi 4H	
Raluca Fiorina Paiu 4H	
Atena Fiorenza Astrid 4I	
Vidmar Matija 4I	
Bidussi Giada 4M	
Braidotti Silvia 4M	
Alle rispettive famiglie	loro indirizzi email
Ai docenti/coordinatori	loro indirizzi email
Al sito web	

OGGETTO: Attività di Alternanza Scuola Lavoro: progetto UNITS – I.C. DANTE – laboratorio sul montaggio video - calendario

Si comunica agli studenti in indirizzo, delle classi 1C, 3E, 4G, 4H, 4I e 4M che, relativamente al progetto ASL UNITS-DANTE, il previsto laboratorio sul montaggio video, da parte del **dott. Milani**, finalizzato alla realizzazione del prodotto finale, si terrà **all'Università di Trieste, Edificio A, p. sotterraneo, stanza 023**, secondo il seguente calendario:

- **08 maggio 2017 ore 15-17** per Chiodi E., Paiu R. F. (4H), Bidussi e Braidotti S.(4M);
- **15 maggio 2017 ore 15-17** per Santorsola N., Truncellito C.(1C), Prelaz I.(3E);
- **18 maggio 2017 ore 15-17** per Chierego B., Trabucco S. (4G), Atena F. A., Vidmar M.(4I);

Gli studenti delle classi in indirizzo, che hanno optato per il predetto percorso ASL, dovranno recarsi autonomamente nel giorno, ora e sede sopra indicati. Prima dell'incontro, dovranno **contattare il tutor dell'UNITS, prof. Medvet (via tel. o w.a. al 3283314160) per registrare la propria presenza** al laboratorio.

Le ore impegnate saranno computate nel monte ore (n. 10) di ASL da svolgersi con e presso l'Università di Trieste, nell'ambito del progetto ASL di che trattasi. Si raccomanda, pertanto, l'effettiva presenza e l'attenta partecipazione.

Per eventuali ulteriori informazioni le SS.LL. possono contattare i docenti del gruppo ASL, proff. Vincenza Grimaldi, Maria Lucia Loschiavo e Cristian Marini all'indirizzo scrivici@liceopetrarcats.it.



Il Dirigente scolastico
Cesira Militello

Tagliando da riportare firmato dal genitore entro il 05.05.2017 al coordinatore di classe (per gli alunni minorenni)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 per chi rilasci dichiarazioni mendaci, dichiara di avere effettuato la presente autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

la/il sottoscritta/o _____, genitore dell'alunna/o _____ della classe _____, dichiara di aver preso visione della comunicazione prot. n. del e di autorizzare il proprio/a figlio/a a partecipare al modulo formativo relativo all'ASL, nelle sedi, nelle date e negli orari indicati nella suddetta comunicazione. In fede _____

A.A. Giorgio Mattiussi