

Partenariato Strategico Azione Chiave 2 ERASMUS+

**cod. att. 2015-1-DE03-KA219-013517\_6**

**Titolo progetto: Inklusion – ein Menschenrecht**

PROGRAMMA ERASMUS+ 2015/2018 - Programmazione attività 2016/2017

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’I.T.T. “L. dell’Erba”**

**Castellana Grotte**

Il sottoscritto ………………………………………..…….….………………………alunno/a della classe ………………….…,

**D I C H I A R A**

di ricevere in data ……………………………………………….:

# Circolare n. 490 Prot. n. 2447/B.9.a dell’11 marzo 2917

# Oggetto: **Informazioni viaggio a Bucarest (Romania) per attività di incontri con studenti delle scuole del Partenariato Scolastico Multilaterale ERASMUS+**

* Modulo di Autorizzazione/Dichiarazione che va consegnato per il protocollo al sig. Vincenzo Talenti c/o l’Ufficio di Segreteria **entro e non oltre le ore 12 di giovedì 16 marzo p.v.**
* **REGOLE DI COMPORTAMENTO DA OSSERVARE DURANTE IL SOGGIORNO**

**Castellana Grotte,**

**FIRMA**