

TOWARDS MY FUTURE+

MODULO 2 - CONSENSO DEI GENITORI/TUTORI ALLA PARTECIPAZIONE

Nome e cognome del/la partecipante: _____

Nome, indirizzo e città del CFP di provenienza: _____

Tipologia di mobilità scelta:

PRO (101 giorni, settembre – dicembre 2024)

Destinazione della mobilità (città, paese): _____

Nome e cognome del tutore/genitore 1: _____

Nome e cognome del tutore/genitore 2: _____

La sottoscrizione del presente modulo da parte dei genitori/tutori in fase di candidatura è una condizione indispensabile per la partecipazione. Se sono necessarie ulteriori informazioni o si desidera discutere il presente modulo per il consenso, contattare il referente presso il Centro di Formazione di provenienza o il/la referente per queste attività Erasmus+ per Endo-fap. La priorità è garantire sempre la sicurezza di tutti i partecipanti e a tal fine è essenziale una totale cooperazione.

Di seguito sono forniti i recapiti di contatto presso i diversi Centri Endo-fap:

ENDO-FAP Nazionale:

Licia Gallo

educazione@endofap.it

ENDO-FAP Mestre Istituto Berna Veneto:

Paola Bottacin

paola.bottacin@istitutoberna.it

ENDO-FAP Don Orione Emilia-Romagna sede Borgonovo:

Francesco Sartori

f.sartori@donorioneweb.com

ENDO-FAP Don Orione Emilia-Romagna sede Piacenza:

Silvia Fava

s.fava@donorioneweb.com

ENDO-FAP Lazio:

Alessio Alfano

alessio.alfano@endofap.lazio.it

Centro di Formazione Professionale “Don Luigi Orione” Fano Marche:

Davide Duranti

coordinamento@donorionefano.it

ENDO-FAP Sicilia sede Palermo:

Valeria Siliato

valeriasiliato@gmail.com

Sabrina Zito

zitosabrina@endofapsicilia.com

ENDO-FAP Sicilia sede Paternò:

Carmen Savasta

savasta73@libero.it

Come genitore/tutore del/la suddetto/a alunno/a,

- con la presente dò il mio consenso alla candidatura alla suddetta Mobilità;
- confermo di aver letto e compreso i termini del bando per i flussi di mobilità finanziati con il progetto n. 2024-1-IT01-KA121-VET-000226465 – OID E10030401;
- comprendo che gli incontri di formazione per gli alunni prima della partenza sono obbligatori;

Accetto che possa essere necessario fare rientrare mio figlio/mia figlia a casa anticipatamente nelle seguenti circostanze:

In caso di una grave violazione delle seguenti norme:

- Assenza durante l'attività di tirocinio. La frequenza a al tirocinio è obbligatoria, è necessario che l'alunno/a partecipi a tutte le attività di tirocinio;
- l'abuso di alcol e l'utilizzo di droghe è severamente vietato;
- Se l'alunno/a mostra un comportamento ritenuto inappropriato o offensivo nei confronti della comunità ospitante, che mette in pericolo lui/lei o altre persone o causa danni alle proprietà;

Riconosco che nei casi sopra elencati il rimpatrio avverrà sotto la mia responsabilità e a mie spese.

Per motivi di salute:

- accetto di comunicare tutte le informazioni utili relative alla salute di mio figlio/mia figlia all'organizzazione ospitante;
- acconsento a che mio figlio/mia figlia riceva un trattamento medico necessario nonché qualsiasi cura odontoiatrica, medica o chirurgica d'urgenza, compresa l'anestesia o la trasfusione di sangue, se considerata necessaria dalle autorità sanitarie presenti;
- accetto che il CFP di provenienza comunichi i dati relativi a mio figlio/mia figlia contenuti nel *Modulo di candidatura* all'organizzazione ospitante e che la stessa trasmetta i dati pertinenti all'impresa che lo/la ospiterà.
- Comprendo che le informazioni fondamentali relative a mio figlio/mia figlia saranno comunicate anche alle Agenzie Nazionali rilevanti incaricate del Programma Erasmus+ nonché alla Commissione Europea. Tutti i dati personali saranno trattati come riservati;

Firma e data del tutore/genitore 1: _____

Firma e data del tutore/genitore 2: _____

Comprendo che le foto, le riprese e i filmati (le immagini) degli alunni attuali e precedenti sono occasionalmente utilizzati dai CFP per materiale promozionale o informativo.

- Autorizzo Endo-fap e il CFP di provenienza e l'organizzazione ospitante all'utilizzo di foto, riprese e filmati di mio figlio/mia figlia realizzati durante le attività del Programma Erasmus+;
- Non autorizzo un tale utilizzo di foto, riprese e filmati di mio/a figlio/mia figlia;

Firma e data del tutore/genitore 1: _____

Firma e data del tutore/genitore 2: _____

Sono consapevole che ENDO-FAP riceve una sovvenzione per coprire i costi relativi alla mobilità degli alunni. Il viaggio internazionale sarà organizzato da ENDO-FAP.

Sono consapevole che mio figlio/mia figlia debba contribuire alla relazione finale sul suo periodo di mobilità, come richiesto da Endo-fap e dal CFP di provenienza.

LETTO E APPROVATO DA:

Luogo, data:

(Genitore/tutore) Nome in lettere maiuscole:

Firma:

DATI DI CONTATTO

Telefono cellulare:

Indirizzo e-mail:

(Genitore/tutore) Nome in lettere maiuscole:

Firma:

DATI DI CONTATTO

Telefono cellulare:

Indirizzo e-mail:

(Alunno/a) Nome in lettere maiuscole:

Firma: