

	<p align="center"><b>ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "DE NICOLA - SASSO"</b>  C.so Vittorio Emanuele, 77 - 80059 TORRE DEL GRECO (NA)  Cod. Fisc. 95170080634 - Cod. Mecc. NAIC8CS00C  Ambito Territoriale 21  Tel./ Fax 081 882 65 00  e-mail : <a href="mailto:naic8cs00c@istruzione.it">naic8cs00c@istruzione.it</a> - <a href="http://www.icsdenicolasasso.edu.it">http:// www.icsdenicolasasso.edu.it</a>  PEC: <a href="mailto:naic8cs00c@pec.istruzione.it">naic8cs00c@pec.istruzione.it</a>  CERTIFICATA SGQ UNI - EN - ISO 9004:2009</p>	  
--	---	----------

Il/Lasottoscritto/a \_\_\_\_\_ padre/madredell'alunno/a \_\_\_\_\_  
iscritto/a nella classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola secondaria di primo grado, residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell(1) \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare al progetto **"De Nicola Sasso Vision for Cinema"** (totalmente gratuito) e chiede di essere inserito nel seguente modulo (spuntare con una X il modulo a cui si intende partecipare) :

- **PLAY LIKE THE ACTORS**
- **SHOOTING A VIDEOPLAY LIKE THE ACTORS**
- **EDIT, SHARE AND PLAY**

Il/la sottoscritto/a è informato/a che:

- tutti gli incontri si svolgeranno nei mesi di maggio e giugno 2023 secondo le date inserite nel calendario del progetto
- Il progetto prevede uscite sul territorio per effettuare le riprese.

Data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_

	<p align="center"><b>ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "DE NICOLA - SASSO"</b>  C.so Vittorio Emanuele, 77 - 80059 TORRE DEL GRECO (NA)  Cod. Fisc. 95170080634 - Cod. Mecc. NAIC8CS00C  Ambito Territoriale 21  Tel./ Fax 081 882 65 00  e-mail : <a href="mailto:naic8cs00c@istruzione.it">naic8cs00c@istruzione.it</a> - <a href="http://www.icsdenicolasasso.edu.it">http:// www.icsdenicolasasso.edu.it</a>  PEC: <a href="mailto:naic8cs00c@pec.istruzione.it">naic8cs00c@pec.istruzione.it</a>  CERTIFICATA SGQ UNI - EN - ISO 9004:2009</p>	  
--	---	----------

Il/Lasottoscritto/a \_\_\_\_\_ padre/madredell'alunno/a \_\_\_\_\_  
iscritto/a nella classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola secondaria di primo grado, residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell(1) \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare al progetto **"De Nicola Sasso Vision for Cinema"** e chiede di essere inserito nel seguente modulo (spuntare con una X il modulo a cui si intende partecipare) :

- **PLAY LIKE THE ACTORS**
- **SHOOTING A VIDEOPLAY LIKE THE ACTORS**
- **EDIT, SHARE AND PLAY**

Il/la sottoscritto/a è informato/a che:

- tutti gli incontri si svolgeranno nei mesi di maggio e giugno 2023 secondo le date inserite nel calendario del progetto
- Il progetto prevede uscite sul territorio per effettuare le riprese.

Data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_