



Ministero dell'Istruzione  
e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

**LICEO SCIENTIFICO STATALE "LEONARDO DA VINCI"**

Cod. Mecc. FRPS040005 - C.F. 82004850606 - C.U.U. UF9N9N - E-mail. [frps040005@istruzione.it](mailto:frps040005@istruzione.it) - PEC [frps040005@pec.istruzione.it](mailto:frps040005@pec.istruzione.it)  
Sito web: <https://www.liceoscientificosora.it/> Sede Legale -Viale San Domenico, 5 - 03039 SORA - Tel. 0776 831781 - Fax 0776 831822

**Al Dirigente scolastico**  
del Liceo Scientifico "Leonardo da Vinci"  
e pc al Direttore SGA

Anno Scolastico 2023/2024/Cds n. 63

**Oggetto:** Richiesta di **autorizzazione avvio progetto rientrante nel Piano dell'Offerta Formativa.**

" \_\_\_\_\_ "  
indicare il titolo del Progetto

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, docente di \_\_\_\_\_, in servizio per l'a. s. 20../20.. presso codesto Istituto, referente del progetto in oggetto, la cui attuazione è stata approvata dal Collegio dei Docenti e che rientra nel Piano dell'Offerta Formativa e

DICHIARA

- di aver informato dettagliatamente gli studenti sul progetto;
- di aver individuato in totale n. ... studenti, frequentanti la/le seguenti classe/i (vedi allegato 1);
- di aver acquisito le autorizzazioni dei genitori;
- che i docenti coinvolti nel progetto sono gli stessi già individuati nella sua scheda di presentazione iniziale (scheda PTOF punto 1.5), fermo restando l'indicazione immediata di eventuali variazioni nella partecipazione delle risorse umane.

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

di avvio del progetto sopracitato che prevede

(breve sintesi del contenuto del progetto)

secondo il seguente calendario dettagliato delle attività/azioni da svolgere:

ATTIVITÀ/AZIONI	DATA	EVENTUALI VARIAZIONI

Sora, data \_\_\_\_\_

Referente

In allegato sono riportati

Allegato 1: elenco studenti con classi di provenienza

Allegato 2: registro presenze

---

**Il Dirigente Scolastico**

( ) **AUTORIZZA** l'avvio del Progetto \_\_\_\_\_

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



**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**prof. Nazario Malandrino**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi art. 3, comma 2, D.Lgs. n. 39/1993

**ALL. 1 - Elenco studenti e classi di provenienza**

<b>n.</b>	<b>STUDENTE</b>	<b>CLASSE</b>	<b>INDIRIZZO</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			

**ALL. 2 - REGISTRO PROGETTO PTOF FRPS040005***(da compilare solo per i progetti extracurricolari)*

TITOLO.....

Referente/i .....

(consegnare in Segreteria insieme alla relazione finale)

n.	STUDENTE	FIRMA	Data e orario incontro:	Data e orario incontro:	Data e orario incontro:	Data e orario incontro:
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
N.B. dovranno firmare i docenti presenti ai singoli incontri			Firma docenti	Firma docenti	Firma docenti	Firma docenti