



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020



PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



*ISTITUTO COMPRESIVO STATALE
RUBINO NICODEMI*

FISCIANO (SA), via Roma, 47

C.M. SAIC89000V – C.F. 80042300659

e-mail: saic89000v@istruzione.it

sitoweb: www.icnicodemifiscianocalvanico.gov.it



Prot. n. 412

Fisciano, 05/02/2018

**Alle famiglie alunni scuola
secondaria di I grado**

Oggetto: Avvio attività progetto PON SPEAK UP

Classi coinvolte: seconde e terze della scuola Secondaria di I grado, sede di Fisciano e Calvanico

Si comunica che le attività relative al progetto SPEAK UP avranno inizio il giorno 7 del mese di Febbraio, secondo il seguente cronoprogramma

MESE	GIORNI	ORA
FEBBRAIO	7,14,21,28	14.30/16.30
MARZO	7,14,21,28	14.30/16.30
APRILE	4,11	14.30/16.30
	18	14.30/17.00
MAGGIO	2,9,16	14.30/17.00

Il corso della durata di **30 ore** si articolerà in N. **10 incontri da 2 ore (dalle ore 14.30 alle ore 16.30) e 4 incontri da 2 ore e mezza (dalle ore 14.30 alle ore 17.00)** che si terranno il **MERCOLEDI'** presso la scuola MEDIA di Fisciano.

Gli esami si terranno nella seconda metà di Maggio; qualora si presentasse la necessità di apportare e variazioni al calendario (ad esempio in concomitanza di gite, eventi, collegi ecc), il tutor si riserva di cambiare il cronoprogramma avvisando preventivamente le famiglie e gli alunni.

Gli alunni, che ne faranno richiesta, potranno usufruire del **servizio INTERSCUOLA** con la docente tutor **dalle ore 14.00 alle ore 16.00**, in modo da rimanere a scuola fino all'inizio delle attività.



Unione Europea

FONDI STRUTTURALI EUROPEI

pon 2014-2020



MIUR

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE RUBINO NICODEMI

FISCIANO (SA), via Roma, 47

C.M. SAIC89000V – C.F. 80042300659

e-mail: saic89000v@istruzione.it

sitoweb: www.icnicodemifiscianocalvanico.gov.it



I.C.

DA STACCARE E CONSEGNARE AL TUTOR IL PRIMO GIORNO DI INIZIO CORSO

.....Il/La
Sottoscritt..... genitore dell'alunn..... nato a.....il
frequentante la classe..... sez del Plesso di n° telefono
AUTORIZZA il/la proprio/a figlio/a **A FREQUENTARE IL PROGETTO "Speak Up"** nei giorni, nelle ore e nella
sede indicate.

Fisciano,

Firma

DA STACCARE E CONSEGNARE AL TUTOR IL PRIMO GIORNO DI INIZIO CORSO

.....Il/La
Sottoscritt..... genitore dell'alunn.....nato a.....il frequentante la
classe..... sez del Plesso di **AUTORIZZA** il/la proprio/a figlio/a ad usufruire del
SERVIZIO INTERSCUOLA legato al Progetto **"Speak Up"**

Fisciano,

Firma
