



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

**Liceo Scientifico Statale Leonardo**

**liceo artistico- liceo linguistico - liceo scientifico delle scienze applicate**

Via F. Balestrieri, 6 - 25124 Brescia

Tel 030 2420989 – Fax 030 2420706 – CF 98092930175

[www.liceoleonardobs.it](http://www.liceoleonardobs.it) - [bsps11000a@istruzione.it](mailto:bsps11000a@istruzione.it) - [bsps11000a@pec.istruzione.it](mailto:bsps11000a@pec.istruzione.it)

## Allegato 1

Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Scientifico Statale Leonardo

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Docente a tempo \_\_\_\_\_ presso codesto Istituto e con classi di servizio del/gli  
indirizzo/i \_\_\_\_\_

☐ Liceo Artistico

☐ Liceo Linguistico

☐ Liceo Scientifico (opzione Scienze Applicate)

## CHIEDE

di **partecipare al seguente modulo** nell'ambito del progetto "LEO STEM PER IL FUTURO" - Piano Nazionale Di Ripresa E Resilienza (PNRR) - Missione 4: Istruzione E Ricerca - Componente 1 Potenziamento dell'offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle Università, Investimento 3.1.: Nuove competenze e nuovi linguaggi Azioni di potenziamento delle competenze STEM e multilinguistiche (D.M. 65/2023).

<input checked="" type="checkbox"/>	1	<b>LABORATORIO DI CONVERSAZIONE - METODOLOGIA CLIL - LINGUA INGLESE</b>
-------------------------------------	---	---

L'attivazione del corso necessita della richiesta di almeno 8 Docenti. In caso esubero si procederà come da indicazioni riportate sull'avviso rivolto al personale Docente, di cui si **dichiara** di aver **preso visione e di**

# FUTURA

# LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione  
e del Merito



Italiadomani  
PRIMO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

**accettarne il contenuto.**

In caso di partecipazione si **impegna a frequentare il corso con assiduità.**

Autorizza il trattamento dei dati necessari allo svolgimento dell'attività progettuale e si dichiara disponibile a fornire quelli richiesti dalle procedure di gestione delle iniziative formative del PNRR di cui al DM 65/2023.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Docente

---

ALLEGATO: DOCUMENTO DI IDENTITÀ