



LICEO "G. Stampacchia" Classico-Scientifico

www.liceostampacchia.edu.it - leps220003@istruzione.it - leps220003@pec.istruzione.it

P.zza G. Galilei – 73039 TRICASE – Tel.0833.544020/204514 – C.F. 90057020753 Cod. Fatt. UFOZ7S

Circolare n. 69

Tricase, 24/10/2024

AL DSGA

AI DOCENTI

ALLE FAMIGLIE

AGLI STUDENTI

delle Classi terze e quarte

AL PERSONALE ATA

LORO SEDI

Oggetto: Iscrizioni Corso "VISORI E REALTA' AUMENTATA"- Progetto MontHackSTEM – Corsi PNRR - Azioni di potenziamento delle competenze STEM e Multilinguistiche.

Con la presente si comunica che il nostro Istituto, nell'ambito del DM 65/2023, "Azioni di potenziamento delle competenze STEM e Multilinguistiche", attiverà il corso: "VISORI E REALTA' AUMENTATA" finalizzato all'utilizzo di visori per esperienze immersive, applicazioni educative e interattive, e scenari di apprendimento innovativi.

Il suddetto corso, rivolto prioritariamente alle classi **Terze e Quarte** di entrambi gli indirizzi, sarà tenuto dal prof. Antonio Congedo e fornirà un'introduzione pratica ai concetti chiave della Realtà Aumentata, concentrandosi sull'uso dei visori per esperienze immersive. Gli studenti impareranno come integrare queste tecnologie in contesti educativi, creativi e professionali, sviluppando competenze applicabili in diversi ambiti.

Si chiede agli studenti interessati di compilare il modulo allegato entro lunedì 28 ottobre e di consegnarlo:

- presso la portineria (sede Centrale)
- al Prof. Maglie (sede del Liceo Classico)

Il Dirigente Scolastico

Prof. Mauro Vitale Polimeno



LICEO "G. Stampacchia" Classico-Scientifico

www.liceostampacchia.edu.it - leps220003@istruzione.it - leps220003@pec.istruzione.it

P.zza G. Galilei – 73039 TRICASE – Tel.0833.544020/204514 – C.F. 90057020753 Cod. Fatt. UFOZ7S

MODULO DI ISCRIZIONE

VISORI E REALTA' AUMENTATA

Progetto: MontHackSTEM - Azioni di potenziamento delle competenze STEM e Multilinguistiche

Codice Progetto M4C 113.1 -2023-1143-P-28103

CUP: B74D23002130006

Al Dirigente Scolastico
Liceo "G. Stampacchia"

Il / la sottoscritto/a _____ genitore
dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____
sez. _____ nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____ residente a _____
in via _____ n. _____ c.a.p. _____
Tel. _____ Cell. _____
Indirizzo e-mail _____

CHIEDE

Che il/la proprio/a figlio/a sia ammesso/a alla frequenza del Corso:

	TITOLO	ORE
<input type="checkbox"/>	VISORI E REALTA' AUMENTATA	18 ore

SI IMPEGNA

A far frequentare il proprio figlio/a con la massima assiduità.

Alla fine del corso verrà rilasciato un attestato a chi abbia frequentato almeno il 70% delle ore totali previste, nel rispetto della normativa europea sull'espletamento dei corsi finanziati.

DATA _____ IL GENITORE _____