

LICEO GINNASIO STATALE “G. VERGA” - 95031 ADRANO (CT)

ALLEGATO 1 – AUTORIZZAZIONE STUDENTI MINORENNI

Al Dirigente Scolastico del
Liceo “Verga” di Adrano

Il sottoscritto _____

La sottoscritta _____

recapito telefonico _____

genitori dell'alunno/a _____

nato a _____ il _____ frequentante la classe_____ sez.____ indirizzo:

Liceo Classico Liceo Scienze Applicate Linguistico Scientifico Scienze Umane

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a a partecipare allo stage linguistico/PCTO:

1. Destinazione:
2. Mezzi di trasporto: aereo
3. Giorno di partenza
4. Giorno di rientro

Docenti accompagnatori: prof.....

I sottoscritti dichiarano di:

- aver preso visione del programma;
- aver preso visione delle norme di comportamento che ogni alunno sarà tenuto ad osservare;
- prendere atto che la responsabilità civile degli insegnanti accompagnatori, in relazione ai compiti di vigilanza e custodia, riguarda esclusivamente le attività previste dal programma preventivamente concordato, sollevando pertanto i docenti accompagnatori da ogni responsabilità comunque derivante da iniziative individuali del singolo studente, prese in modo autonomo e senza l'autorizzazione espressa dei docenti;
- autorizzare la scuola a prestare, in caso di necessità e di urgenza, le cure mediche che si dovessero rendere necessarie.

Adrano,

FIRMA

FIRMA

NEL CASO IN CUI IL SECONDO GENITORE NON POSSA FIRMARE

Il/La sottoscritto/a _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore

LICEO GINNASIO STATALE “G. VERGA” - 95031 ADRANO (CT)

ALLEGATO 1 BIS – DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE - STUDENTI MAGGIORENNI

Al Dirigente Scolastico del
Liceo “Verga” di Adrano

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____ frequentante la classe _____ sez. _____ indirizzo:

Liceo Classico Liceo Scienze Applicate Linguistico Scientifico Scienze Umane

DICHIARA

di voler partecipare allo stage linguistico/PCTO:

1. Destinazione:
2. Mezzi di trasporto: aereo
3. Giorno di partenza
4. Giorno di rientro

Docente accompagnatore: prof.

COMUNICA

il seguente recapito telefonico dei propri genitori: _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di:

- aver preso visione del programma;
- aver preso visione delle norme di comportamento che ogni alunno sarà tenuto ad osservare;
- prendere atto che la responsabilità civile degli insegnanti accompagnatori, in relazione ai compiti di vigilanza e custodia, riguarda esclusivamente le attività previste dal programma preventivamente concordato, sollevando pertanto i docenti accompagnatori da ogni responsabilità comunque derivante da iniziative individuali del singolo studente, prese in modo autonomo e senza l’autorizzazione espressa dei docenti;
- autorizzare la scuola a prestare, in caso di necessità e di urgenza, le cure mediche che si dovessero rendere necessarie.

Adrano,

FIRMA

FIRMA DEI GENITORI, PER PRESA VISIONE

FIRMA