

***OGGETTO:* autorizzazione partecipazione alunni, nei giorni 7, 16 e 23 febbraio 2023, al percorso di PCTO presso il Dipartimento di Farmacia e Scienze della Salute e della Nutrizione - UNICAL.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe **……** sez **……** del Liceo classico/scientifico

**AUTORIZZA**

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare alle attività in oggetto secondo il calendario e gli orari comunicati in circolare, della quale la presente autorizzazione costituisce allegato.

**DICHIARA**

Altresì

1. di essere a conoscenza delle norme previste dal Regolamento d’Istituto e di impegnarsi a rispettarle/farle rispettare al figlio/a
2. di impegnarsi a far in modo che l’allievo/a mantenga un comportamento adeguato alla disciplina di gruppo di assumersi la responsabilità patrimoniale per i danni che dovessero essere causati alle persone o alle cose dal comportamento non corretto del/la figlio/a.

Inoltre,

**ESONERA**

l’Istituto da ogni responsabilità eccedente l’obbligo della vigilanza degli alunni da parte degli insegnanti presenti e gli obblighi derivanti alla scuola dalle norme vigenti, per quanto riguarda l’incolumità delle persone e delle cose e il comportamento dell’alunno/a.

ACRI, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Genitore

