

**AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI ALL'USCITA DIDATTICA PER I
PERCORSI PER LE COMPETENZE TRASVERSALI E L'ORIENTAMENTO (PCTO)**

I sottoscritti _____
(cognome e nome della madre o di chi ne fa le
veci)

(cognome e nome del padre o di chi ne fa le
veci)

AUTORIZZANO

il proprio/a figlio/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____ di codesto Istituto a partecipare all' uscita didattica a

_____ prevista per il giorno ____ / ____ / ____

riguardante il PCTO _____

DICHIARANO

1. di sollevare la scuola e gli insegnanti da ogni responsabilità per eventuali incidenti non imputabili a incuria o negligenza dei docenti accompagnatori;
2. di essere a conoscenza del programma della visita e dell'attività formativa;
3. di essere a conoscenza che al termine l'alunno/a sarà lasciato/a libero/a di tornare a casa con i propri mezzi.

Carini, li ____ / ____ / ____

(firma)

(firma)

RISERVATO ALLO STUDENTE

Il/la..... studente/ssa della classe è a conoscenza delle norme del regolamento di istituto in materia di stage/uscite didattiche/visite guidate per P.C.T.O. deliberati dall'Istituto e mi impegno a rispettarle, nonché ad attenermi a tutte le indicazioni del docente accompagnatore.

Firma dello studente

(firma)