

Autorizzazione della famiglia  
VIAGGIO STUDIO  
CORFU'

29 APRILE 2019/04.05.2019 – CLASSI QUARTE SCIENT/LING

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_, genitore \_\_\_\_\_ dello/della  
studente/studentessa \_\_\_\_\_, classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dichiara di**

1. Aver preso atto che dal 29 aprile 2019 al 4 maggio 2019 gli allievi parteciperanno al viaggio a CORFU' - trattamento di ½ pensione;
  2. Aver preso visione sul sito dell'istituto [www.liceoscientificodecarlo.it](http://www.liceoscientificodecarlo.it) del documento "Regole e comportamenti da seguire durante il viaggio d'istruzione";
  3. Essere consapevole che il programma dettagliato delle attività sarà successivamente trasmesso ai partecipanti;
  4. Di essere consapevole che la quota di partecipazione a carico dei partecipanti è di €. 440,00, di cui €. 20,00 è a carico della istituzione scolastica (*per gli allievi i quali non hanno versato il contributo volontario l'importo è completo*);
- e pertanto

**AUTORIZZA**

il/la proprio/a figlio/a a partecipare al viaggio studio che si effettuerà a **CORFU' – dal 29 aprile 2019 al 4 maggio 2019.**

Il/La sottoscritto/a si impegna a: versare la quota di partecipazione così come specificata al punto 4) della presente, che sarà versata sul seguente IBAN: IT57W010058860000000218380 presso Banca Nazionale del Lavoro – Ag. Villaricca intestato al LICEO SCIENTIFICO-LINGUISTICO "DE CARLO" GIUGLIANO, causale: Viaggio studio CORFU' in n. 2 rate così distinte:

- €. 120,00 al 18.12.2018;
- €. 150,00 al 27.01.2019;
- €. 150,00 al 27.02.2019 (per gli allievi i quali non hanno versato il contributo volontario la quota è di €. 240,00);
- corrispondere le eventuali penali applicate dalle agenzie in caso di rinuncia o impossibilità a prendere parte all'uscita/viaggio di istruzione successiva al versamento della quota di partecipazione.

I GENITORI E GLI ALUNNI INTERESSATI CURERANNO LA TRASMISSIONE DELLA DETTA ISTANZA IN SEGRETERIA CONTABILITA' – SIG. D'ALTERIO TERESA – CON ALLEGATA LA RICEVUTA DEL VERSAMENTO IN ACCONTO – ENTRO IL 18.12.2018.

Si precisa che l'acconto ha natura confirmatoria.

**PER OGNI INFORMAZIONE, RIVOLGERSI ALLA REFERENTE PROF.SSA TRETOLA LUISA.**

FIRMA \_\_\_\_\_

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

CORFU' 2019 CLASSE \_\_\_\_\_

Prot. n. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Noi sottoscritti:

(nome e cognome del padre) \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_

e (nome e cognomeLA della madre) \_\_\_\_\_ nata a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la  
classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ di codesto Liceo Scientifico-Linguistico Statale "A.M. De Carlo",  
acconsentiamo e autorizziamo l'istituzione scolastica a realizzare fotografie, video o altri materiali  
audiovisivi contenenti l'immagine, il nome e la voce del proprio figlio/a, all' interno di attività educative e  
didattiche.

Acconsentiamo ed autorizziamo, inoltre, a divulgare, senza limiti di tempo, spazio e supporto e senza avere  
nulla a pretendere in termini di compenso o diritti, prodotti realizzati a scopo educativo-didattico  
nell'ambito delle finalità previste dal Piano dell'Offerta Formativa o negli ambiti dei progetti e/o attività  
extrascolastici e contenente nome, cognome, immagini e voce di nostro figlio/a.

DICHIARIAMO di essere informati : che la pubblicazione potrà avvenire tramite :Tv, radio, internet, CD,  
DVD, carta stampata , etc. e che l'eventuale pubblicazione in Internet avverrà sul sito internet della scuola:  
[www.liceoscientificodecarlo.gov.it](http://www.liceoscientificodecarlo.gov.it).

Solleghiamo fin d'ora, con la presente, la scuola e il webmaster da ogni conseguenza possa derivare da detta  
pubblicazione.

DICHIARIAMO, inoltre, di essere consapevoli che la scuola non trarrà alcun guadagno economico da tale  
pubblicazione.

Si allegano documenti di identità dei sottoscritti genitori.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

## MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

Il sottoscritto ....., quale genitore dell'alunno ..... della  
classe ..... sez .....,

( prega di barrare la scelta corretta):

- Dichiaro che il/la proprio/a figlio/a si trova in stato di buona salute e di essere in grado di svolgere le attività collegate al Viaggio d'Istruzione a cui partecipa.**
  
- Dichiaro che il/la proprio/a figlio/a è affetto dalle seguenti problematiche - segnalare qualsiasi problema a livello fisico, eventuali intolleranze alimentari e/o farmacologiche, necessità di assunzione di farmaci – (necessaria la documentazione medica)**

---

---

---

---

**Dichiaro che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo l'Istituzione Scolastica – Liceo Scientifico-Linguistico Statale “A. M. De Carlo”-, gli organizzatori, i Docenti accompagnatori, da ogni responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.**

**I dati sensibili forniti in questo modulo verranno trattati in base alla legge sulla privacy vigente.**

Data

Firma leggibile