

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 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 €. 170,00);
- 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.

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