

**Studenti minorenni**

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI

Il/La sottoscritto/a…………………………………………………………………...…………………. genitore dell’alunno/a………………………………………………………..frequentante la classe……………….. indirizzo……………………….

AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a partecipare all’incontro di sensibilizzazione sull’endometriosi organizzato da CSV “San Nicola” in collaborazione con l’Associazione “Gemme dormienti” il 18 aprile presso l’auditorium della sede LA/SCS di Acquaviva delle Fonti dalle ore 12.00 alle ore 14.00.

Gli studenti partiranno dalla sede di appartenenza alle ore 11.15 accompagnati dai docenti designati (si veda comunicazione n. ???) e alla fine dell’attività faranno autonomamente ritorno presso la propria abitazione

Il sottoscritto, con la presente, esonera la scuola da ogni responsabilità riguardo all’incolumità delle persone e delle cose e al comportamento degli alunni.

Dichiara di assumersi le responsabilità (art. 2048 del Codice Civile) derivanti da inosservanza da parte del/la proprio/a figlio/a delle disposizioni impartite dagli insegnanti e da cause indipendenti dall’organizzazione scolastica.

Data…………………….

Firma del genitore ………………………………………