



Istituto Tecnico “Giulio Cesare Falco” - Capua
Settore Tecnologico

Indirizzi ed Articolazioni:

Meccanica Meccatronica ed Energia (Meccanica e Meccatronica) - Trasporti e Logistica (Costruzione del mezzo - Conduzione del mezzo)
Elettronica ed Elettrotecnica (Elettronica) - Informatica e Telecomunicazioni (Informatica)
Sistema Moda (Tessile, Abbigliamento e Moda) – Agraria, Agroalimentare e Agroindustria

MODULO DI AUTORIZZAZIONE

Si informano i Sig.ri genitori che l’Istituto organizza un’attività integrativa che interesserà

Le classiV ACA e V BCA.....

Tutte le classi

Il/La sottoscritto/a genitore 1/tutore e

il/la sottoscritto/a..... genitore 2/tutore

dello studente/essa.....iscritto/a alla classesezione

CONSAPEVOLE

che in caso di eventuali infrazioni degli obblighi e dei doveri previsti dal regolamento interno, gli studenti possono risultare destinatari di provvedimenti disciplinari emessi dall’Istituzione scolastica di appartenenza in ottemperanza a quanto previsto dallo Statuto delle studentesse e degli studenti, ai sensi del D.P.R. n. 249/1998 e successive modifiche e integrazioni, nonché dal Regolamento di Istituto;

DICHIARA

- di assumere ogni responsabilità per i danni a persone o cose causati dallo studente durante l’attività
- di sollevare l’istituzione scolastica IT “G.C. Falco” da ogni responsabilità connessa ad incidenti dolosi o colposi arrecati alle persone o cose, causati dallo studente durante l’attività;

AUTORIZZA

Il/la proprio/a figlio/a partecipare all’attività di seguito descritta:

Descrizione/titolo dell’attività integrativa	
Attività manutentive previste dal PCTO seguito dalle classi e da svolgere "sul campo"	
Tipologia	PCTO
<input type="checkbox"/> Visita Didattica <input type="checkbox"/> Viaggio di Istruzione <input type="checkbox"/> Progetto <input type="checkbox"/> Spettacolo Teatrale <input type="checkbox"/> Cinema <input checked="" type="checkbox"/> Altro.....	

Data di realizzazione dell’attività _____ 06/04/2024 _____	Durata dal le 8.00 alle 14.00 circa
Luogo di realizzazione dell’attività _____ sede Sky Services c/o Aeroporto O. Salomone di Capua	

Gli studenti partecipanti saranno affidati ai docenti accompagnatori:

prof Mascolo L. e prof Di Stasio G. (5 ACA), prof. Zaccariello G. (5 BCA)

Firma del genitore

Firma del genitore
