

**Autorizzazione della famiglia**  
**SCAMBIO CULTURALE "SCHOOL MEET EUROPE-LA SCUOLA INCONTRA L'EUROPA"**  
**WROCLAW-BRESLAVIA (POLONIA)**

17.04.2020/24.04.2020

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

**Dichiara di**

1. Aver preso atto che nel mese di MARZO 2020 gli allievi parteciperanno allo scambio culturale a WROCLAW-BRESLAVIA (POLONIA) - (8 giorni e 7 notti) con volo aereo di linea e sistemazione in famiglia;
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 delle attività prevede:
  - Sistemazione in famiglia;
  - Visite guidate;
  - Lezioni in lingua;
4. Di essere consapevole che la quota di partecipazione a carico dei partecipanti sarà determinata a seguito di indagine di mercato;
5. Che gli alunni partecipanti si impegneranno a ricevere presso la propria famiglia n. 1 allievo proveniente dall'istituto polacco nel periodo 16.23/03/2020;
6. Che al momento gli allievi interessati verseranno la quota di €. 250.00 a titolo di acconto confirmatorio; e pertanto

**AUTORIZZA**

il/la proprio/a figlio/a a partecipare allo scambio culturale che si effettuerà a **WROCLAW-BRESLAVIA (POLONIA)**

**– dal 17 aprile al 24 Aprile 2020.**

Il/La sottoscritto/a si impegna a:

- versare la quota di partecipazione in acconto così come specificata al punto 6) 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: Scambio culturale a WROCLAW-BRESLAVIA;
- corrispondere la quota in saldo che sarà comunicata.
- 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.RA PALUMBO VERA – CON ALLEGATA LA RICEVUTA DEL VERSAMENTO IN ACCONTO – ENTRO IL **18.12.2019**. Si precisa che l'acconto ha natura confirmatoria.

**PER OGNI INFORMAZIONE, RIVOLGERSI AL REFERENTE PROF. PORCARO C.A.**

FIRMA \_\_\_\_\_

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

POLONIA 2020 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