*ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE*

***“MICHELE GIUA”***

ind. CHIMICO-AMBIENTALE-INFORMATICO – LICEO SCIENTIFICO opz. SCIENZE APPLICATE

Via Montecassino n. 41, 09134 **CAGLIARI –** Tel. 070.500786 – 070.501745

email: catf04000p@istruzione.it PEC: catf04000p@pec.istruzione.it C.U.: UFIVOL Cod. Fisc. 80014350922

**AUTORIZZAZIONE STUDENTI MINORENNI**

**PER PARTECIPAZIONE A PERCORSI DI POTENZIAMENTO**

**DELLE COMPETENZE DI BASE**

**(PNRR – MISSIONE 4 – INVESTIMENTO 1.4)**

I sottoscritti genitori o tutori dello/a studente/essa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_iscritto/a e frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di questo Istituto

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a a partecipare, nelle date (*segnare le date accanto alla materia*) e secondo gli orari indicati nella circolare n.\_\_\_\_\_\_\_, al Percorso di potenziamento delle competenze di base di: (*segnare con una X la/e materia/e*):

* Italiano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Matematica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Inglese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALL’ORARIO INDICATO SOPRA LO/LA STUDENTE/ESSA SI RECHERÀ NELL’AULA PREDISPOSTA, PRESSO L’ISTITUTO (SEDE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) PER SEGUIRE L’ATTIVITÀ CON IL/LA DOCENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Al termine dell’attività lo/la studente/essa può rientrare in maniera autonoma al proprio domicilio.

I sottoscritti

* dichiarano di sapere che il/la proprio/a figlio/a segue l’attività di cui sopra (Percorsi di Potenziamento delle competenze di base);
* si impegnano a invitare il/la proprio/a figlio/a a contribuire alla buona riuscita dell’attività proposta e a collaborare con il/la docente rispettando gli orari stabiliti.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dei genitori o del tutori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE

Nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_