

**ISTITUTO STATALE "DUCA DEGLI ABRUZZI"**

con indirizzi liceali: Linguistico, Scientifico, Scienze Umane, Scienze Applicate, Economico Sociale

**AUTORIZZAZIONE
VISITA GUIDATA/USCITA DIDATTICA**
(fuori comune o nel territorio comunale, fuori dall'orario scolastico)**Si prega di compilare in stampato maiuscolo**

Al Dirigente Scolastico

Alunno/a	Cognome e nome)	
Classe	Sez	Indirizzo

Il/la sottoscritto/a _____ (Cognome e nome)
genitore/tutore/studente maggiorenneIl/la sottoscritto/a _____ (Cognome e nome)
genitore/tutore☐ **AUTORIZZA/NO**☐ **NON AUTORIZZA/NO**

il proprio figlio/a a partecipare all' uscita didattica/visita guidata

DESTINAZIONE	
DATA	
LUOGO DI PARTENZA	
alle ore (circa)	
LUOGO DI RIENTRO	
alle ore (circa)	

e DICHIARA/DICHIARANO

- di essere stati informati del programma, delle modalità e degli obiettivi dell'iniziativa;
- di esimere la scuola da qualsivoglia responsabilità per eventuali incidenti a carico di persone e cose per comportamenti dell'alunno/a non conformi alle disposizioni impartite, assumendosene direttamente ogni responsabilità civile e penale;
- di aver preso visione del Regolamento disciplinare e delle norme di comportamento contenute nel Regolamento viaggi che l'alunno/a sarà tenuto/a ad osservare, nonché delle conseguenze, anche sul piano disciplinare, in caso di violazione;
- di aver adeguatamente e dettagliatamente istruito il /la proprio/a figlio/a circa i comportamenti corretti da tenere e quelli non corretti da cui astenersi, in particolare per quanto riguarda il divieto assoluto di allontanarsi, anche temporaneamente, dal gruppo e/o dagli accompagnatori;
- di esonerare l'Istituto e gli insegnanti accompagnatori da ogni responsabilità per iniziative prese dal/la proprio/a figlio/a al di fuori delle istruzioni impartite dai docenti responsabili;
- di autorizzare l'Istituto e gli insegnanti accompagnatori a far prestare al/la proprio/a figlio/a, in caso di necessità e urgenza, le cure mediche che si dovessero essere rese necessarie, impegnandosi fin d'ora a rimborsare le spese sostenute su semplice richiesta;
- di impegnarsi a rifondere l'istituto e/o pagare in proprio gli eventuali danni arrecati a cose e/o persone causati dal/la proprio/a figlio/a, qualora sia accertata la sua responsabilità;



h) che il/la proprio/a figlio/a

per quanto riguarda i farmaci salvavita

- ☐ NON necessita di farmaci salvavita
- ☐ necessita di farmaci salvavita (compilare allegato A – modulistica viaggi)

per quanto riguarda malattie e/o allergie particolari

- ☐ NON è affetto/a da malattie e/o allergie particolari
- ☐ è affetto da malattie e/o allergie particolari (specificare)

per quanto riguarda intolleranze, allergie, diete e regimi alimentari

- ☐ NON necessita di particolari diete/regimi alimentari
- ☐ necessita di particolari diete/regimi alimentari (specificare)

di conseguenza richiedono (specificare particolari necessità):

Data ____/____/____

Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale
o studente maggiorenne

Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale

N.B.: qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche per conoscenza della volontà e del consenso dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale, ai sensi degli artt. 316,337 ter e 337 quater del C.C.