**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**DELL’I.C. LOMBARDO RADICE- PAPPALARDO**

**CASTELVETRANO**

**I sottoscritti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitori dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_\_\_\_**

**PRESA VISIONE**

**del programma della visita guidata che si effettuerà in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con destinazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizza \_\_l\_\_\_\_ proprio/a figlio/a a partecipare**

**E DICHIARA**

* **Di assumersi la responsabilità che deriva da inosservanza da parte del/della proprio/a figlio/a delle disposizione impartite dai docenti accompagnatori o da cause indipendenti dall’organizzazione scolastica;**
* **Di essere consapevole che il/la proprio/a figlio/a sarà affidato al docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **Che il/la proprio/a figlio/a è soggetto a tali intolleranze \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **Che il/la proprio/a figlio/a sta/non sta seguendo cure farmacologiche.**

**NOTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Castelvetrano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firme

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