



PCTO - AUTORIZZAZIONE GENITORE

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico e Linguistico
"Ettore Majorana"
di Roma

Il sottoscritto _____
cognome nome

genitore/tutore di _____
cognome nome

frequentante la classe ____ sez. ____ ad indirizzo _____ a.s. ____ / ____

AUTORIZZA

- il/la proprio/a figlio/a a svolgere le attività previste dal progetto

_____ proposto quale Percorso per le Competenze Trasversali e di Orientamento a cura dell'ente _____

nel periodo compreso tra _____ e _____

presso la sede stabilita per ogni incontro fissato nel calendario delle attività;

- il/la proprio/a figlio/a a raggiungere la sede suddetta con mezzi propri;

DICHIARA

- di aver preso visione del patto formativo MD14_PCTO001 sottoscritto dal/la figlio/a;
- di essere a conoscenza che il proprio figlio è coperto da assicurazione scolastica (rischi di responsabilità verso terzi, con inclusione degli enti ospitanti - morte e/o invalidità permanente, malattia), con validità estesa all'intera durata del periodo di tirocinio per ogni eventuale infortunio in azienda;
- di essere consapevole che il periodo di stage fa parte del percorso scolastico ed è proseguimento dall'attività scolastico-formativa come accompagnamento al lavoro per cui non si configura alcuna possibilità di instaurazione di rapporto di lavoro.

Roma, ____/____/____ Firma tutore/genitore _____