



Ministero dell'Istruzione e del Merito



**Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
ISTITUTO COMPRESIVO STATALE LUIGI GALVANI**

COD. MECC. MIIC8B400X C.F. 97505790150
VIA GALVANI, 7 – 20124 M I L A N O –
TEL. 0288440253 – FAX 0288440286
e - mail: miic8b400x@istruzione.it
pec: miic8b400x@pec.istruzione.it

AUTORIZZAZIONE PER LA PARTECIPAZIONE IN ORARIO EXTRA CURRICOLARE a:
barrare la casella di interesse

- laboratori per il “Recupero e potenziamento delle discipline curriculari per supporto esami (classi terze).
 laboratori di “Recupero e potenziamento e metodo di studio delle discipline curriculari (classi prime – seconde)”

I sottoscritti _____ genitori
dell'alunno/a _____

Iscritto/a nell'anno scolastico _____ / _____ alla classe _____ sez. _____ della
scuola _____ di questo Istituto,

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a a partecipare al laboratorio che si svolgerà in orario extra curricolare (illustrato nella circolare n. 200 del 21 marzo 2025) nelle sedi, negli orari e nei giorni che saranno comunicati dal docente esperto e dai tutor di ciascuna edizione tramite registro elettronico o circolari della scuola

DICHIARANO

- di essere a conoscenza che le attività che andrà a svolgere costituiscono parte integrante del percorso formativo curricolare i cui incontri avverranno in presenza nei plessi dell'istituto Galvani in orario extrascolastico come da calendario che sarà comunicato dal docente esperto o tutor di ciascuna edizione tramite registro elettronico o circolari della scuola;
- di essere a conoscenza che per la partecipazione a tali laboratori il proprio figlio/a al termine delle attività didattiche ordinarie uscirà da scuola per poi rientrare nel plesso dell'istituto e negli orari comunicati dal docente esperto o tutor di ciascuna edizione tramite registro elettronico o circolari della scuola;
- di essere consapevoli che gli incontri dovranno svolgersi nel rispetto delle norme stabilite nei vigenti regolamenti dell'Istituto.
- di essere a conoscenza che, nel caso si dovessero verificare episodi di particolare gravità, si procederà in qualsiasi momento alla sospensione dell'esperienza del progetto.
- di autorizzare il/la proprio/a figlio/a al rientro autonomo al termine dell'attività svolta come da calendario che sarà comunicato dal docente esperto o tutor di ciascuna edizione tramite registro elettronico o circolari della scuola;

SI IMPEGNANO a far sì che il/la figlio/a



Ministero dell'Istruzione e del Merito

- rispetti rigorosamente gli orari stabiliti per lo svolgimento degli incontri previsti;
- tenga un comportamento sempre rispettoso;
- segua le indicazioni del tutor e del docente di classe e faccia riferimento a essi per qualsiasi esigenza o evenienza;
- avvisi tempestivamente il docente tutor e il docente di classe nel caso sia impossibilitato a partecipare all'incontro.

I sottoscritti _____ soggetti esercenti la patria potestà dell'alunno/a _____ dichiarano di aver preso visione di quanto riportato nella presente autorizzazione e di autorizzare il/la proprio/a figlio/a a partecipare alle attività previste dal laboratorio secondo il calendario e gli orario che saranno comunicati dal docente esperto e dai tutor.

Data _____

Firma di entrambi i genitori

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:

I_ sottoscritt_ padre/madre, dichiara di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, DICHIARA che _1_ padre/madre è stato informato ed è a conoscenza ed acconsente alla presente autorizzazione.

Data _____

Firma del genitore
