



**Istituto di Istruzione Superiore “Julia – Falcone”**  
Liceo Scientifico via Alcide De Gasperi snc, Tel. 0984.954126  
Liceo Classico via Don Luigi Sturzo n. 16, Tel. 0984.953088  
ITCGT – LES via Padre Giacinto Da Belmonte n. 25, Tel. 0984.1861922  
87041 Acri (CS)  
Email: [csis01800g@istruzione.it](mailto:csis01800g@istruzione.it) – Pec: [csis01800g@pec.istruzione.it](mailto:csis01800g@pec.istruzione.it)



**OGGETTO: Autorizzazione partecipazione Uscita Didattica Seminario UNICAL– 20 marzo 2025**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe ..... sez ..... del Liceo scientifico

**AUTORIZZA**

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare alle attività in oggetto secondo il calendario e gli orari comunicati in circolare, della quale la presente autorizzazione costituisce allegato.

**DICHIARA**

Altresì

- A) di essere a conoscenza delle norme previste dal Regolamento d'Istituto e di impegnarsi a rispettarle/farle rispettare al figlio/a
- B) di impegnarsi a far in modo che l'allievo/a mantenga un comportamento adeguato alla disciplina di gruppo di assumersi la responsabilità patrimoniale per i danni che dovessero essere causati alle persone o alle cose dal comportamento non corretto del/la figlio/a.

Inoltre,

**ESONERA**

l'Istituto da ogni responsabilità eccedente l'obbligo della vigilanza degli alunni da parte degli insegnanti presenti e gli obblighi derivanti alla scuola dalle norme vigenti, per quanto riguarda l'incolumità delle persone e delle cose e il comportamento dell'alunno/a.

ACRI, \_\_\_\_\_

Il Genitore  
\_\_\_\_\_