|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Immagine che contiene emblema, simbolo, cresta, badge  Descrizione generata automaticamente |  |
| Immagine che contiene testo, Viso umano, uomo, logo  Descrizione generata automaticamente | Ministero dell'Istruzione e del Merito  LICEO SCIENTIFICO STATALE ***“Ettore Majorana”***  ***Con indirizzi di Liceo:*** *Classico, Linguistico, Scientifico Sportivo, Scientifico delle Scienze applicate, delle Scienze Umane ed Economico Sociale*  *Via Giuseppe Motta n. 87 – 95037 SAN GIOVANNI LA PUNTA (CT)*  Cod. Fisc. 90001840876 – Codice mecc. CTPS10000Q – Cod. Univoco UFDRTI - Tel. 095 61 36 760  P.E.C.: [ctps10000q@pec.istruzione.it](mailto:ctps10000q@pec.istruzione.it) - e-mail: [ctps10000q@istruzione.it](mailto:ctps10000q@istruzione.it) - Sito Web: [http://www.majoranaliceo.edu.it](http://www.majoranaliceo.edu.it/) | | |

**Al Dirigente Scolastico**

**del Liceo Statale E. Majorana di San Giovanni La Punta**

***Dott.ssa Carmela Maccarrone***

Il/la sottoscritto/a nato/a a (prov. \_\_\_\_ )

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GENITORE (*o tutore legale*) dello/a studente/ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto/a per l’a.s. 2024/25 alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di questo Liceo, **AUTORIZZA** il/la proprio/a figlio/a

a partecipare alla seguente attività PCTO che si terrà in sede esterna all’Istituzione Scolastica:

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCENTE TUTOR INTERNO** | **Prof.ssa Rizzo M.T.** |
| **PROGETTO FORMATIVO** | **Creazione di una applicazione informatica per l’educazione finanziaria** |
| **SEDE DI SVOLGIMENTO** | **Banca d'Italia in Catania - Piazza della Repubblica n. 49** |
| **MODALITÀ DI SVOLGIMENTO** | **IN PRESENZA** |
| **CALENDARIO (DATE E ORARI)**  **DOCENTE ACCOMPAGNATORE** |  |
| **MODALITÀ DI RAGGIUNGIMENTO DELLA SEDE E RIENTRO** | La studentessa/lo studente raggiunge la sede dell’attività autonomamente e rientra al termine della stessa in autonomia. |

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- di aver preso visione del Progetto formativo di PCTO sopra richiamato cfr circ. n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di essere a conoscenza e di accettare le modalità previste dal Liceo in merito allo svolgimento dello stage-PCTO presso la sede indicata.

- di essere consapevole che per le attività di PCTO in presenza che si svolgono in sedi esterne all’Istituzione Scolastica è previsto il raggiungimento della sede e il rientro degli studenti in autonomia;

- di sottoscrivere la presente autorizzazione in accordo con l’altro genitore dello/a studente/ssa, nell'osservanza delle norme del codice civile in materia di responsabilità genitoriale, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000.

*San Giovanni La Punta, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del genitore*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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