



**Alternanza Scuola-Lavoro**  
**ALUNNO - ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ E AUTORIZZAZIONE USCITA**

Lo/a studente/ssa \_\_\_\_\_ frequentante la classe ..... sez.....

Indirizzo \_\_\_\_\_

**dichiara**

- di conoscere quanto riportato nei Regolamenti d'Istituto e nel Patto di corresponsabilità;
- di conoscere il programma delle attività di ASL;

acconsente inoltre ad ogni variazione, compreso l'annullamento dell'iniziativa in caso di imprevisti.

Firma dello studente

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto, in qualità di genitore/tutore, .....  
dello studente .....

**autorizza** il figlio minorenni a partecipare a:     **è informato** che il figlio maggiorenne partecipa a:

<input type="checkbox"/>	<b>Visita aziendale</b>	Azienda _____ Sede _____ Docente responsabile .....	Il giorno
<input type="checkbox"/>	<b>Seminario formativo Fiera – Convegno (uditore)</b>	Argomento _____ Sede _____ Docente responsabile .....	Il giorno
<input type="checkbox"/>	<b>Project work:</b> attività in esterna - giornaliera	Struttura _____ Luogo _____ Docente responsabile .....	Il giorno
<input type="checkbox"/>	<b>Stage curriculare:</b> Job day	Azienda _____ Sede _____ Docente responsabile .....	Il giorno
<input type="checkbox"/>	<b>Attività in esterna,</b> giornaliera <b>Progetto Istituto</b> collegato all'ASL-	Struttura _____ Luogo _____ Docente responsabile .....	Il giorno

Lo studente

- partirà da scuola accompagnato dal docente \_\_\_\_\_ alle ore
- arriverà con mezzi propri a \_\_\_\_\_ alle ore
- Rientrerà a scuola accompagnato dal docente \_\_\_\_\_ alle ore
- Rientrerà a casa con mezzi propri da \_\_\_\_\_ alle ore

La spesa prevista è di euro \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

Padova, \_\_\_\_\_

Genitore/Tutore

\_\_\_\_\_

**Sede centrale**

Via T. Minio,13 – 35134 – Padova  
Tel. 049 8643820 – Fax 049 8643830  
CF. 92048070285

**Succursale**

Via Cavallotti, 25 – Padova  
Tel. 049 8828570

e.mail: iisvalle@ipvalle.it

www.iisvalle.it

Istituto Accreditato elenco Reg. n. A0342