**CONSENSO FAMIGLIA PROGETTO PCTO**

**Ai Genitori**

**Dell’alunno**

**Classe** **sez.**

**N.B Stampare e firmare questa pagina e consegnare al Tutor di classe**

Il/La sottoscritto/a       genitore/esercente/tutor/affidatario dell’alunno/a       della classe       sezione

**DICHIARA**

1. Di aver preso visione del progetto PCTO del proprio figlio/a e lo/a autorizza a partecipare alle attività di PCTO (stage) nel periodo dal Fare clic o toccare qui per immettere una data. al Fare clic o toccare qui per immettere una data. presso la struttura ospitante Fare clic o toccare qui per immettere il testo. dove si recherà con mezzi propri.
2. Di essere informato che tutti gli alunni, durante le attività di stage, sono assicurati dall’Istituto scolastico unicamente contro gli infortuni sul lavoro e per danni da responsabilità civile, così come previsto dalla normativa vigente.

Firma Genitore Firma tutor scolastico

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

Firma Studente

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

Como, Fare clic o toccare qui per immettere una data.