



LICEO “G. Stampacchia”

Classico-Scientifico

www.liceostampacchia.edu.it - leps220003@istruzione.it - leps220003@pec.istruzione.it

P.zza G. Galilei – 73039 TRICASE – Tel. 0833.544020/204514 – C.F. 9005720753 Cod. Fatt. UFOZ7S – C.M. :LEPS220003

Circolare n. 408

Tricase, 30/04/2025

AI DOCENTI
AI DSGA
Alle Famiglie
Agli Studenti della 4A e 4D
Al Personale ATA
LORO SEDI

OGGETTO: Manifestazione “IO PER LEI con I CUORI DI BISCOTTO TELETHON”

Si comunica che gli studenti della **4A e 4D** dello Scientifico saranno impegnati nell’iniziativa **“IO PER LEI con I CUORI DI BISCOTTO TELETHON, che sostiene la ricerca e aiuta tutte le mamme che ogni giorno sono al fianco dei loro bimbi con una malattia genetica”** promossa dalla fondazione Telethon, **Sabato 3 Maggio dalle ore 16.00 alle ore 20.00 e Domenica 4 Maggio dalle ore 8.30 alle ore 12.30 presso piazza Cappuccini-Tricase.**

Tale attività viene svolta secondo quanto previsto dal progetto PCTO - **“La ricerca genera speranza”**, cui la classi hanno aderito.

Gli studenti saranno accompagnati dalla prof.sse Anna Rita Serafino e Eufemia Ecclesia.

Si allega alla presente l’autorizzazione, che sarà consegnata alle rispettive tutor, dopo averle fatte debitamente firmare dai genitori.

Il Dirigente Scolastico

Prof. Mauro V. POLIMENO

Firma autografa sostituita da indicazioni a mezzo stampa ai sensi dell’art. 3 comma 2, D.Lgs. n. 39/1993



LICEO "G. Stampacchia"

Classico-Scientifico

www.liceostampacchia.edu.it - leps220003@istruzione.it - leps220003@pec.istruzione.it

P.zza G. Galilei – 73039 TRICASE – Tel. 0833.544020/204514 – C.F. 9005720753 Cod. Fatt. UFOZ7S – C.M. :LEPS220003

AUTORIZZAZIONE ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' DEL GENITORE ATTIVITA' EXTRASCOLASTICA

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno/a _____ frequentante nell'a.s.2024/25
la classe IV sez. _____ indirizzo Scientifico, informati che, lo svolgimento della suddetta
attività, dovrà essere effettuato curando lo scrupoloso rispetto delle norme e dei protocolli che
disciplinano gli specifici settori (es. visite ai musei, ingresso ai cinema e ai teatri, uso dei mezzi
di trasporto,ecc...), nonché di quelle sanitarie previste dalla vigente normativa :

DICHIARANO

Di **AUTORIZZARE** il/la proprio/a figlio/a a partecipare **alle attività di PCTO relative al
progetto "LA RICERCA GENERA SPERANZA"** che si terrà **il giorno**
____/____/____ dalle _____ alle _____ presso p.zza Cappuccini a Tricase che
raggiungerà in autonomia

di **esonere** l'Amministrazione Scolastica da ogni responsabilità per eventuali danni che
l'alunno arrecherà a se stesso e/o ad altri (incidenti, infortuni etc.) per disobbedienza agli ordini
o a prescrizioni impartiti dal docente e/o dall'assistente all'autonomia e alla comunicazione.

I sottoscritti dichiarano inoltre:

- *di autorizzare, a titolo completamente gratuito, codesto Istituto Scolastico e per esso gli insegnanti ad effettuare riprese fotografiche, video, audio nei confronti del/della proprio/a figlio/a, a poter trattare liberamente i dati personali raccolti per finalità istituzionali, di documentazione, di informazione, di comunicazione e di pubblicazione delle attività didattico – educative e comunque formative svolte da codesta Istituzione scolastica sul sito web e social della scuola medesima.*

Tricase, _____

IN FEDE
