**Al Dirigente Scolastico del Liceo Scientifico “P.S. Mancini di Avellino”**

*Il /La* sottoscritt*o/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* genitore dello studente / della studentessa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat*o/a* a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez.\_\_\_\_\_\_\_\_ a. s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

alla S.V. l’autorizzazione affinché il proprio figlio / la propria figlia possa svolgere un percorso individuale PCTO per l’a.s.201-/201- presso

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

e fornisce al riguardo i seguenti dati identificativi concernenti:

|  |  |
| --- | --- |
| Soggetto promotore / referente (contatti) |  |
| Titolo del progetto |  |
| Numero di ore |  |
| Periodo di realizzazione |  |
| Sede di svolgimento delle attività |  |
| Finalità della formazione esterna |  |
| Obiettivi specifici |  |
| Contenuti, modalità |  |

Il /La sottoscritto/a dichiara che la realizzazione del percorso non prevede alcun costo a carico dell’Istituzione Scolastica e solleva la stessa da qualsiasi responsabilità derivante dall’espletamento delle attività di formazione presso il soggetto esterno come sopra individuato.

 In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_