**Al Dirigente scolastico del liceo “Aristofane”, Roma**

[**rmpc200004@istruzione.it**](mailto:rmpc200004@istruzione.it)[**rmpc200004@pec.istruzione.it**](mailto:rmpc200004@pec.istruzione.it)

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  |
| Genitore/tutore dell’alunno/a |  |
| classe |  |
| sezione |  |

autorizza il/la figlio/a a partecipare al progetto PCTO denominato

che si svolgerà nel periodo presso

L’appuntamento con i tutor esterni è fissato direttamente nella sede indicata.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza di quanto sopra descritto e comunica che il/la proprio/a figlio/a si recherà al luogo dell’appuntamento per proprio conto e con mezzi propri e parimenti al termine farà ritorno a casa per proprio conto e con mezzi propri.

A tal proposito il/la sottoscritto/a

dichiara

* di aver valutato le caratteristiche del percorso sede indicata – casa, dei potenziali pericoli e di non aver rilevato situazioni di rischio invadenti la sicurezza fisica del proprio figlio;
* di essere consapevole che il proprio figlio conosce il percorso ed ha maturato, attraverso una specifica preparazione, competenze motorie, capacità attentive e di valutazione dei pericoli, sufficiente autonomia personale per rincasare autonomamente;

Il/La sottoscritto/a **si impegna** altresì

* A ritirare personalmente il minore su eventuale richiesta della Scuola qualora insorgano motivi di sicurezza;
* Ricordare costantemente al minore la necessità di assumere comportamenti corretti ed atteggiamenti rispettosi del codice della strada.

Dichiara di avere preso visione di tutte le informazioni e condizioni contenute nell’informativa fornita programma alternanza e patto formativo.

Data Firma del genitore