



**LICEO STATALE "FELICIA E PEPPINO IMPASTATO"**

**C.M. PAPS080008 - C.F.: 80018020828**

**Via Peppino Impastato, c/da Turrisi s.n.c. - 90047 PARTINICO (PA)**

**Tel. 0918780462 - Fax 0918780276**

**e-mail: paps080008@istruzione.it - PEC: paps080008@pec.istruzione.it**

**COMUNICAZIONE N. 66**

**PARTINICO, 10/10/2024**

**Ai Docenti delle classi 3<sup>a</sup>B, 3<sup>a</sup>L, 3<sup>a</sup>T**  
**Agli alunni delle classi 3<sup>a</sup>B, 3<sup>a</sup>L, 3<sup>a</sup>T**  
**Ai genitori degli alunni delle classi 3<sup>a</sup>B, 3<sup>a</sup>L, 3<sup>a</sup>T**  
**Al docenti tutor classe 3<sup>a</sup>B, 3<sup>a</sup>L, 3<sup>a</sup>T**  
**prof.sse Di Liberto Caterina**  
**Speciale Vincenza**  
**Vescovo Maria Rita**  
**Al tutor progetto prof.ssa Speciale Vincenza**  
**Alla FS PCTO prof.ssa Enza Maria D'Angelo**  
**Al DSGA**  
**Al sito web sez. Comunicazioni**  
**Alla bacheca Scuola Next del R.E.**

**OGGETTO: PARTECIPAZIONE A OBESITY DAY PRESSO LA CASA DI CURA SANTA CHIARA IN PARTINICO**

Si comunica che nell'ambito del progetto PCTO "**Medicina Scienza della Vita**" gli alunni delle classi sopra indicate potranno partecipare ad un incontro di sensibilizzazione per la prevenzione dell'obesità "**OBESITY DAY**" che si svolgerà **Sabato 12 /10/2024** a partire dalle ore 9,00 presso la casa di cura Santa Chiara di Partinico.

Durante la mattinata ci sarà la possibilità di effettuare degli screening gratuiti, i ragazzi minorenni dovranno essere muniti di autorizzazione firmata dai genitori.

Le ore dedicate al convegno verranno riconosciute come ore di PCTO.

Gli alunni dovranno raccordarsi con i propri docenti Tutor classe per le presenze.

Si sottolinea che in assenza dell'autorizzazione allegata alla presente comunicazione, gli alunni non potranno partecipare all'attività

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Prof.ssa Lucia La Fata**

Firma autografa sostituita a mezzo

ai sensi e per gli effetti dell'art.3c.2D.Lgs.n.39/1993

Al Dirigente Scolastico del  
Liceo Statale "Felicia e Peppino Impastato"  
di Partinico

**AUTORIZZAZIONE A PARTECIPARE AL PERCORSO DI PCTO**  
Convegno su OBESITY DAY presso casa di cura Santa Chiara

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ esercentila  
responsabilità genitoriale dell'alunno/a \_\_\_\_\_, nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, iscritto/a per l'anno scolastico 2024/2025 alla classe  
\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ di questo Istituto, numero di telefono dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO**

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare al percorso di PCTO –

- all'incontro su OBESITY DAY presso casa di cura Santa Chiara di Partinico Sabato  
12/10/2024

Autorizzano inoltre

- Ad effettuare gli screening gratuiti

**DICHIARAZIONE ESONERATIVA E LIBERATORIA DI RESPONSABILITÀ**

**GLI ESERCENTI LA POTESTÀ GENITORIALE**

**DICHIARANO**

- che l'allievo/a partecipante è fisicamente idoneo/a a partecipare in modo sicuro alle attività proposte;
- di essere a conoscenza che le attività connesse potranno anche essere oggetto di fotografie e filmati, di autorizzare l'effettuazione dei suddetti servizi, che potrebbero riguardare anche la persona/immagine del proprio figlio/a senza richiedere alcuna forma di rimborso;
- di assumersi la piena responsabilità a titolo personale, sia sul piano civile che su quello penale, per qualsiasi evento e/o conseguenza dannosa che dovesse derivare dalle azioni di nostro/a figlio/a, quali incidenti, invalidità permanenti, ferite, lesioni o malattie, reclami, perdite danni che dovessero verificarsi in riferimento, durante e successivamente all'attività in oggetto;
- di conoscere orari, località e modalità di svolgimento dell'attività in oggetto avendo preso visione della comunicazione n. \_\_, del \_\_\_\_\_;

**IL/LA FIGLIO/A STUDENTE/SSA**

- si impegna ad attenersi rigorosamente alle disposizioni impartite dai docenti e dalla scuola;
- è consapevole che in caso di trasgressione delle disposizioni impartite, la responsabilità in ordine ad eventuali infortuni o danni arrecati a cose o a terzi ricadrà unicamente su se stesso.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dell'alunno (anche se minore) \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori per l'incontro e per lo screening \_\_\_\_\_

In caso di firma di un solo genitore o esercente la responsabilità genitoriale

**Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti alla verità, ai sensi del D.P.R. n. 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli Artt. 316, 337 ter e 337 quater del C.C., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.**

Firma esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_