

PROGETTO PON "GOGLOBAL" ALTERNANZA SCUOLA LAVORO ALL'ESTERO

a.s. 2019/2020

Il/La sottoscritto/a genitore/tutore di
..... (cognome e nome dell'allievo/a), frequentante nell'a.s. **2019/2020** la classe
dell'IIS VITTORIO EMANUELE II - RUFFINI di Genova

AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a a partecipare allo stage di Alternanza Scuola Lavoro all'estero, progetto "GOGLOBAL" dal 31/8/2019 al 28/9/2019 con eventuali trasferte al di fuori della sede di svolgimento della ASL per fiere, visite presso altre strutture, per ogni attività esterna all'azienda ospitante inerente il percorso formativo anche nel tempo libero.

E' CONSAPEVOLE E ACCETTA CHE

- durante tutta la durata del viaggio l'allievo/a sarà sottoposto/a **all'autorità degli insegnanti** tutor e accompagnatore del gruppo e dovrà rispettare le regole stabilite
- l'allievo/a dovrà attenersi alle indicazioni fornite e alle **regole stabilite dalle famiglie ospitanti e dall'ente** presso cui svolgerà attività di stage, mantenendo sempre un comportamento educato e rispettoso.

L'alternanza scuola lavoro all'estero si configura come attività didattica inserita all'interno di un progetto della scuola e pertanto, nel caso si verificassero **comportamenti non corretti** durante le ore di stage o di libertà, questi **verranno annotati sul registro di classe e influiranno sul voto di condotta finale**.

Nel caso in cui l'allievo/a arrecasse **danni a cose o persone** il genitore **sarà tenuto a risarcire quanto dovuto**.

Qualora l'allievo/a mantenesse un comportamento gravemente scorretto in famiglia, in azienda o nel tempo libero, **potrà essere escluso** dal progetto e in tale caso dovrà rientrare al più presto in Italia a spese della famiglia.

MANLEVA

L'Istituzione scolastica e l'ente formatore da ogni responsabilità, sia civile sia penale, per gli incidenti che potrebbero verificarsi in itinere salvo i casi dipendenti da incuria dell'ente accogliente.

Si ricorda che lo studente dovrà portare con sé:

- **Carta d'Identità valida per l'espatrio o Passaporto in corso di validità** (verificare la data di scadenza)
- **Tessera sanitaria**

FIRMA DEI GENITORI/TUTORI

Indirizzo mail dei genitori

Cellulare dei genitori /

FIRMA DELLO STUDENTE

SCHEDA ALLIEVO/A

NOME E COGNOME... ..

Cellulare studente.....

e-mail studente.....

Recapiti genitori per comunicazioni cellulare.....

Indicare cognome e nome e parentela

e-mail genitori

Allergie alimentari SI NO

Se SI' SPECIFICARE.....

Segue una dieta particolare SI NO

Se SI' SPECIFICARE.....

Allergie a farmaci SI NO

Se SI' SPECIFICARE.....

Altre allergie SI NO

Se SI' SPECIFICARE.....

Ha necessità di assumere regolarmente farmaci? SI NO

Se SI' SPECIFICARE.....

Ha problemi di convivenza con gli animali domestici? SÌ NO

Se SI' SPECIFICARE.....

Altro da segnalare (necessità o richieste particolari, patologie pregresse ecc.

.....

.....

IL GIORNO 28/8/2019 ALLE ORE 18.00 SI TERRA' IN ISTITUTO UN ULTIMO INCONTRO PRECEDENTE LA PARTENZA, NEL CORSO DEL QUALE SARANNO COMUNICATI I NOMINATIVI DELLE FAMIGLIE OSPITANTI, L'ENTE FORMATORE, IL PROGRAMMA DETTAGLIATO DEL CORSO E OGNI ALTRA INFORMAZIONE UTILE

SONO TUTTI CALDAMENTE INVITATI A PARTECIPARE