**LICEO SCIENTIFICO STATALE “Antonio Pacinotti”**

OGGETTO: Autorizzazione attività didattica fuori dai locali scolastici A.S. 24/25

Il/La sottoscritto/a \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (e per i minorenni) genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_ AUTORIZZA il/la proprio/a figlio/a il giorno …………….. /maggio / 2025 dalle ore 08:00 alle ore 13:00 circa a presentarsi presso il Policlinico di Monserrato per la partecipazione alla seguente attività:

“conoscenza del lavoro del medico presso un reparto di chirurgia”.

Al termine delle attività: gli studenti saranno lasciati liberi e faranno rientro a casa secondo le consuete modalità.

Cagliari,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*in caso di alunno maggiorenne la presente autorizzazione potrà essere compilata a cura dello/a studente/ssa