











VIA MORELLI E SILVATI – 83100 AVELLINO

EMAIL [AVTD03000B@ISTRUZIONE.IT](mailto:Avtd03000b@istruzione.it) – [AVTD03000B@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:AVTD03000B@PEC.ISTRUZIONE.IT)

SITO WEB [WWW.ITEAMABILE.EDU.IT](http://www.iteamabile.edu.it) TEL. 0825 -1643269

C.M. AVTD03000B - C.F. 80007850649 - CODICE UNIVOCO UFLIHD

***Al Dirigente Scolastico***

***dell’ITE l. Amabile di Avellino***

**AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore/esercente la patria potestà

dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**AUTORIZZA** suo/a figlio/alla partecipazione

* **EVENTO PHASER GAME**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESTINAZIONE** | Campus di Baronissi (SA) |
| **GIORNI** | * 19 aprile * 20 aprile   Segnare con una x il/i giorno/i in cui partecipa |
| **EVENTO** | **competizione Phaser Game Jam 2024 – HACKathon** per l’ideazione e la realizzazione di un videogame |
| **LUOGO DI PARTENZA** | Via Marconi (19) – via Morelli e Silvati (20) |
| **ORARIO DI PARTENZA** | 19/04/2024   * + **ORE 7:15**   20/04/2024   * + **ORE 8.00** |
| **ORARIO DI RIENTRO** | 19/04/2024   * + **ORE 19:00**   20/04/2024   * + **ORE 18.00** |

**DICHIARA**

* di essere a conoscenza del programma delle uscite, come espressamente chiarito nella presente autorizzazione;
* di esonerare l’Istituto e gli insegnanti da ogni responsabilità, per iniziative prese dall’alunno al di fuori delle istruzioni impartite dal/dai docenti accompagnatori;
* di aver edotto il/la figlio/a sulle direttive impartite o che impartirà/anno il/i docente/i accompagnatore/i e si impegna a far in modo che il/la ragazzo/a mantenga un comportamento adeguato alla disciplina di gruppo;
* di assumersi la responsabilità patrimoniale per i danni che dovessero essere causati alle persone o alle cose dal comportamento non corretto del/la figlio/a.
* di essere a conoscenza che il/la proprio/a figlio/a alla fine dell’evento farà autonomamente rientro alla propria abitazione.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dello studente Firma dei genitori

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

\*Indicare gli estremi del documento di uno dei genitori: (nome cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carta di identità n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_scadenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_