

**AUTORIZZAZIONE INCONTRO DI CONTINUITÀ IN OCCASIONE DELLA
CELEBRAZIONE DEGLI ERASMUS+ DAYS
CLASSI PRIME SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

I/Il/La sottoscritti/o/a _____
genitori/e dell'alunno/a _____
frequentante la classe ___ sez. ___ della Scuola Secondaria di primo grado, con la
presente

AUTORIZZANO/AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a alla partecipazione all'incontro di continuità in occasione della
celebrazione degli ERASMUS+ DAYS presso le sezioni della Scuola dell'Infanzia nel
plesso di via Fondo di Gullo nella giornata di **venerdì 18 ottobre 2024, dalle ore 9:30.**

Lo spostamento dalla sede Centrale al plesso Fondo di Gullo e dal plesso Fondo di
Gullo alla scuola verrà effettuato a piedi con la sorveglianza di un docente.

In fede.

Data _____

Firma del genitore _____

Firma del genitore _____

Il/la sottoscritt____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i
genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci
dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver
effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di
cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data _____

Firma del genitore _____