

**DICHIARAZIONE DEL GENITORE PER VISITE GUIDATE, VIAGGI DI ISTRUZIONE, VIAGGI ALTERNANZA  
SCUOLA-LAVORO, SOGGIORNI LINGUISTICI E SCAMBI LINGUISTICI**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**AUTORIZZO**

mio/a figlio/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

a partecipare al (1) \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ che si

svolgerà dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**DICHIARO DI**

- avere preso visione del programma di massima del viaggio presentato dai docenti accompagnatori; - accettare integralmente le condizioni e le spese a carico degli studenti partecipanti;
- provvedere autonomamente a far raggiungere al/alla proprio/a figlio/a il luogo di partenza e a recuperarlo al luogo d'arrivo, esonerando la scuola e i docenti da ogni responsabilità in merito;

**MI IMPEGNO**

al pagamento della somma richiesta, essendo consapevole che la rinuncia alla partecipazione al viaggio dopo la consegna del presente documento potrà comportare il pagamento delle penali previste dall'agenzia viaggi e/o aggravati di spesa per gli altri partecipanti;

**ESONERO**

le Autorità Scolastiche da tutte le responsabilità che loro non competono secondo le norme vigenti;

**DICHIARO**

che mio/a figlio/a è stato/a informato/a che durante tutta la durata del viaggio

- 1) dovrà rispettare le norme previste dal Regolamento di Istituto;
- 2) sarà sottoposto all'autorità degli insegnanti accompagnatori del gruppo;
- 3) non dovrà assumere comportamenti imprudenti, scorretti, non rispettosi di regole o pericolosi per la sua incolumità o per quella di altri;
- 4) non dovrà detenere né fare uso di superalcolici o di sostanze stupefacenti;
- 5) la condotta tenuta durante il viaggio rientrerà nella valutazione del comportamento;
- 6) la violazione di tali norme potrà comportare sanzioni disciplinari.

**ATTESTO**

- a. di essere consapevole che la quota non prevede l'assicurazione per annullamento del viaggio e che, pertanto, eventuali rimborsi saranno possibili solo se senza oneri per l'Istituto scolastico,
- b. di ESONERARE l'Amministrazione Scolastica e gli Insegnanti accompagnatori da ogni responsabilità oggettiva (presenza di "DOLO o COLPA GRAVE in VIGILANDO),
- c. di autorizzare la scuola a far prestare, in caso di necessità e di urgenza, le cure mediche che si dovessero rendere necessarie, impegnandosi fin d'ora a rimborsare le spese sostenute su semplice richiesta;

**LICEO "DANTE ALIGHIERI" - RAVENNA**

**Percorsi di studio: Liceo Classico, Liceo Linguistico, Liceo Scienze Umane ed Economico-Sociale**

**PLESSO A. GARIBALDI**

Piazza Anita Garibaldi, 2  
48121 Ravenna  
T. +39 0544213553

**PLESSO N. BIXIO**

Via Nino Bixio, 25  
48121 Ravenna  
T. +39 054430326

info@lcalighierira.istruzioneer.it

RAPC01000L@istruzioneer.it  
CF.: 80007360391  
Cod. Mecc. RAPC01000L

d. (solo per viaggi all'estero) che mio/a figlio/a è in possesso dei documenti validi per l'espatrio;

### COMUNICO

(**facoltativo, sotto la personale responsabilità del genitore**) i seguenti dati sanitari di mio/a figlio/a, che saranno utilizzati, nel rispetto delle norme sulla Privacy, esclusivamente per ragioni legate alla tutela della sua salute (nel far ciò mi assumo la piena responsabilità di quanto da me dichiarato e di quanto omesso):

- gruppo sanguigno: \_\_\_\_\_
- vaccinazione antitetanica (data in cui è stata effettuata): \_\_\_\_\_
- allergie (specificare): \_\_\_\_\_
- assunzione di farmaci salvavita (specificare):  
\_\_\_\_\_
- cure mediche in corso (specificare): \_\_\_\_\_
- intolleranze alimentari (specificare): \_\_\_\_\_
- restrizioni dietetiche (specificare): \_\_\_\_\_
- altro (specificare): \_\_\_\_\_

### Firma dei genitori o di chi ne fa le veci per autorizzazione\*

\_\_\_\_\_

**\*NEL CASO IN CUI LA DOMANDA SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UNO SOLO DEI GENITORI OCCORRE SOTTOSCRIVERE ANCHE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE:** Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale sull'alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega.

Ravenna, li \_\_\_\_\_

Firma del genitore o di chi ne fa le veci \_\_\_\_\_

LICEO "DANTE ALIGHIERI" - RAVENNA

Percorsi di studio: Liceo Classico, Liceo Linguistico, Liceo Scienze Umane ed Economico-Sociale

**PLESSO A. GARIBALDI**

Piazza Anita Garibaldi, 2  
48121 Ravenna  
T. +39 0544213553

**PLESSO N. BIXIO**

Via Nino Bixio, 25  
48121 Ravenna  
T. +39 054430326

info@lcalighierira.istruzioneer.it

RAPC01000L@istruzioneer.it  
CF.: 80007360391  
Cod. Mecc. RAPC01000L