Mod. 2

**AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE AI PERCORSI TRASVERSALI PER LE COMPETENZE E PER L'ORIENTAMENTO E SEGNALAZIONE PROBLEMI SANITARI**

**A.s.\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il sottoscritto …………………………………………………………………………………………… soggetto esercente la potestà genitoriale dello studente/ssa ………………………………………………………………………………………..

DICHIARA

Di avere preso visione di quanto riportato nel patto di corresponsabilità nel piano personalizzato di alternanza e di autorizzare lo/la studente/ssa medesimo/a a partecipare alle attività previste dal progetto presso la ditta …………………………………………………………………………………………………………

SI IMPEGNA

Inoltre, visto l’elenco delle mansioni inserite dal piano personalizzato di alternanza, a comunicare tempestivamente alla scuola se sussistono impedimenti sanitari o di altra natura allo svolgimento delle attività previste.

Data …………………………………….

Firma …………………………………….