**AUTORIZZAZIONE PCTO/ ex ASL**

**Al Dirigente Scolastico dell’Istituto liceale “S.Pizzi” Capua**

Il/la sottoscritto/a....................................................................................................................................... genitore dell’alunno/a................................................................................................................................ regolarmente iscritto/a alla classe ........... sez. .......... per il corrente anno scolastico.............................

**AUTORIZZA**

il/la proprio/a figlio/a a raggiungere autonomamente le sedi esterne in cui si svolgeranno le attività nell’ambito dei **Percorsi per le Competenze Trasversali e per l’Orientamento Formativi (ex Alternanza scuola-lavoro)**, nei giorni previsti e secondo l’orario concordato con i singoli Enti esterni. Autorizza, inoltre, il proprio figlio/a ad uscire durante le ore di attività di PCTO per un’eventuale pausa pranzo (secondo le indicazioni dei singoli Enti), ed a rientrare autonomamente a casa al termine delle attività, sollevando l’Istituto da ogni responsabilità.

Capua, .........................................

Firma del genitore ............................................................................................

**AUTORIZZAZIONE PCTO/ ex ASL**

**Al Dirigente Scolastico dell’Istituto liceale “S.Pizzi” Capua**

Il/la sottoscritto/a....................................................................................................................................... genitore dell’alunno/a................................................................................................................................ regolarmente iscritto/a alla classe ........... sez. .......... per il corrente anno scolastico.............................

**AUTORIZZA**

il/la proprio/a figlio/a a raggiungere autonomamente le sedi esterne in cui si svolgeranno le attività nell’ambito dei **Percorsi per le Competenze Trasversali e per l’Orientamento Formativi (ex Alternanza scuola-lavoro)**, nei giorni previsti e secondo l’orario concordato con i singoli Enti esterni. Autorizza, inoltre, il proprio figlio/a ad uscire durante le ore di attività di PCTO per un’eventuale pausa pranzo (secondo le indicazioni dei singoli Enti), ed a rientrare autonomamente a casa al termine delle attività, sollevando l’Istituto da ogni responsabilità.

Capua, .........................................

Firma del genitore ............................................................................................