

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ttps://www.researchitaly.it/uploads/images/logo_miur_quadrato_400.png  Liceo Scientifico Statale  “M. Guerrisi” | ttps://upload.wikimedia.org/wikipedia/it/b/b4/Fnomceo.jpg |  |  |



***Liceo Scientifico Statale “Michele Guerrisi” Cittanova RC***

Contrada Casciari s.n.c. - 89022 **Cittanova (RC)** Tel. 0966/439110

Email: [rcps060002@istruzione.it](mailto:rcps060002@istruzione.it) – [rcps060002@pec.istruzione.it](mailto:rcps060002@pec.istruzione.it)

Distr. Scolastico n. 37 – Cod. Mec. RCPS060002 - c.f. 82000460806

**MODULO DI ADESIONE ALLE ATTIVITÀ LABORATORIALI**

**IN MODALITÀ PCTO**

Il sottoscritto/a ……………………… nato/a………………….il…………….residente a………………….in via/piazza……………………………………………………….. frequentante la classe ………………………..sez.………………….. in procinto di frequentare il percorso di potenziamento-orientamento “Biologia con curvatura biomedica” nel triennio 2024-2027

**DICHIARA**

* di essere a conoscenza che le attività che andrà a svolgere costituiscono parte integrante del suddetto percorso;
* di accettare incondizionatamente il contenuto del Regolamento deliberato dalla scuola capofila, condiviso dalla nostra istituzione scolastica e consultabile sulla piattaforma web del percorso;
* di essere a conoscenza delle norme comportamentali previste dal C.C.N.L., le norme antinfortunistiche e quelle in materia di privacy;
* di essere stato informato dal docente referente dell’Istituto …….. ;
* di essere consapevole che durante le attività didattiche interne e laboratoriali esterne è soggetto alle norme stabilite nel regolamento degli studenti dell’istituzione scolastica di appartenenza, nonché alle regole di comportamento, funzionali e organizzative della struttura ospitante;
* di essere a conoscenza che, nel caso si dovessero verificare episodi di particolare gravità, in accordo con la struttura ospitante si procederà in qualsiasi momento alla sospensione delle attività;
* di essere a conoscenza che nessun compenso o indennizzo di qualsiasi natura gli è dovuto in conseguenza della sua partecipazione al percorso;
* di essere a conoscenza delle coperture assicurative per la permanenza presso strutture sanitarie pubbliche o private in cui effettuare le attività laboratoriali previste dal percorso.

**SI IMPEGNA**

* a rispettare rigorosamente gli orari stabiliti dalla scuola per lo svolgimento delle attività;
* a seguire le indicazioni dei docenti o dei medici e a fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza o evenienza;
* a tenere un comportamento rispettoso nei riguardi di tutte le persone con le quali verrà a contatto durante il percorso;
* a raggiungere autonomamente la sede delle strutture sanitarie in cui si svolgerà l’attività laboratoriale;
* ad adottare per tutta la durata delle attività laboratoriali esterne condotte in modalità di PCTO le norme comportamentali previste dal C.C.N.L.;
* ad osservare gli orari e i regolamenti interni della struttura ospitante, le norme antinfortunistiche, sulla sicurezza e quelle in materia di privacy.

Data

Firma studente

II sottoscritto soggetto esercente la patria potestà dell'alunno……………….. dichiara di aver preso visione di quanto riportato nella presente nota e di autorizzare lo/la studente/ssa …………………………………………… a partecipare alle attività previste dal percorso.

Firma