

## AUTORIZZAZIONE PCTO/ ex ASL

**Al Dirigente Scolastico del Liceo Classico Statale “E. Q. Visconti” Roma**

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 lavoro 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.

Roma, .....

Firma dei genitori

Padre.....

Madre.....