**Dichiarazione di responsabilità e autorizzazione a partecipare all’attività didattica fuori dalla sede scolastica**

Il sottoscritto ……………………...……………………….. nato a ………………………….. il ……………………………..

e residente in ……………………….……………….. via ……………………………………………………..…………………

La sottoscritta ………………………….….………………. nata a ………………………….. il ……………………………..

e residente in …………………..…………………….. via …………….…………………………………………………………

Genitore/i dell’alunno/a ……………………………................. iscritto/a alla classe …………… corso ……. di questo Istituto I.S.S. “Mario Rutelli”

Consapevole/i delle proprie responsabilità tutoriali, autorizza/no il/la proprio/a figlio/a …………………………………………………………….……… a partecipare all’evento “Giornata internazionale delle donne e delle ragazze nella Scienza” che si svolgerà martedì 11 febbraio 2025 presso l’aula A del Dipartimento di Fisica e Chimica “E. Segrè” dell’Università di Palermo, via Archirafi, 36.

Gli studenti si recheranno alle ore 8,30 presso la sede indicata, dove incontreranno i docenti accompagnatori, e al termine dell’attività verranno congedati in loco.

Con la presente lo/a/gli scrivente/i solleva/no l’Istituto da qualunque responsabilità o circostanza che possa avvenire per effetto dell’autorizzazione stessa.

Si concede all’INAF Osservatorio Astronomico di Palermo l’autorizzazione affinché il minore di cui sopra venga ritratto in foto e/o video sui diversi canali istituzionali dell’INAF che verranno utilizzati per documentare l’attività, in particolare dando il pieno consenso all’inserimento delle stesse per la pubblicazione e diffusione sui siti web degli Enti interessati, approvando sin d’ora e senza alcuna riserva, il contesto e l’ambientazione nei quali l’immagine verrà utilizzata.

La presente autorizzazione è a titolo gratuito e senza compenso di alcun genere e non consente l’uso dell’immagine in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati.

Palermo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I Dichiaranti

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi del d.p.r. 445/2000 dichiaro di avere raccolto il consenso dell’altro genitore.

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_