



## **Ministero dell'Istruzione**

### **Liceo Scientifico Statale "Guglielmo Marconi"**

Via Danimarca, 25 - 71122 FOGGIA

e-mail: fgps040004@istruzione.it - PEC: fgps040004@pec.istruzione.it - C.F. 80031370713

sito web: www.liceogmarconi.it

## **CORSO "BIOMEDICO"**

### **MODULO DI ADESIONE ALLE ATTIVITÀ LABORATORIALI**

Il sottoscritto/a ..... nato/a.....  
il..... residente a.....in  
via..... frequentante la classe ..... sez.....  
tel. ....partecipante al percorso di potenziamento-  
orientamento "BIOMEDICO"

#### **DICHIARA**

- di essere a conoscenza che le attività che andrà a svolgere costituiscono parte integrante del suddetto 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 prof. R. De Carlo ;
- 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 corretto e rispettoso nei riguardi delle strutture e 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 osservare gli orari e i regolamenti interni della struttura ospitante, le norme antinfortunistiche, sulla sicurezza e quelle in materia di privacy.

Data

Firma studente .....

Il sottoscritto ..... genitore/soggetto  
esercitante 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 genitore .....