

***Liceo Scientifico Statale “G. Marconi”***

***Via Danimarca, 25 - 71122 FOGGIA***

***Tel. 0881 636571 - Fax 0881 330399 – C.F. 80031370713***

***web: www.liceogmarconifg.edu.it e-mail:*** [***fgps040004@istruzione.it***](mailto:fgps040004@istruzione.it)

# Consenso di partecipazione

Il/I sottoscritto/i genitore/i dello studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della classe sez\_\_\_\_\_\_

## autorizza

il/la proprio/a figlio/a a partecipare il giorno **08 novembre 2024, dalle ore 8,30 alle ore 13,30** alla conferenza “**Medicina di Genere** “ promosso dalla ASL-Foggia e dall’Ordine dei Medici di Foggia presso **l’Auditorium Camera di Commercio di Foggia** - **via Michele Protano, 7 , consapevoli che l’alunno/a si recherà autonomamente presso la sede della conferenza,** dove troverà il docente accompagnatore prof./prof.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ad attenderli, e che, **al termine delle attività, farà ritorno autonomamente alla propria abitazione.**

Foggia,……………….. Il/I Genitore/i