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

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

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

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

# Consenso di partecipazione

Il/I sottoscritto/i genitore/i dello studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della classe sez \_\_\_\_\_ partecipante al PROGETTO BIOMEDICO con la presente

## autorizzano

il proprio/a figlio/a a partecipare alla attività presso il Policlinico Foggia secondo le modalità definite dall’istituzione scolastica e di accettare le norme che ne regolano lo svolgimento, consapevoli che le eventuali omissioni e/o violazioni delle stesse comporteranno sanzioni a norma del regolamento disciplinare d’istituto oltre che l’immediato allontanamento dalla struttura ospitante. Le attività, come da circolare, si svolgeranno con il seguente calendario, distinto per gruppo classe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA** | **ORARIO** | **CLASSE** |
| 26/03/202527/03/202508/04/2025 | 8.30 – 13.308.30 – 13.308.30 – 13.30 | **V B** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA** | **ORARIO** | **CLASSE** |
| 26/03/202508/04/202514/04/2025 | 8.30 – 13.308.30 – 13.308.30 – 13.30 | **V D** |

**Nella struttura ospitante è fortemente consigliato l’uso della mascherina ffp2.**

Foggia,……………….. Il/I Genitore/i