



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO SERVIZI PER L'ENOGASTONOMIA E L'OSPITALITÀ ALBERGHIERA

CON CONVITTO ANNESSO E CORSO SERALE

Via Leopardi, 4 – 88068 SOVERATO (CATANZARO) – TEL. 0967620477 – CZRH04000Q@ISTRUZIONE.IT

Circ. 405/2023 -2024

Soverato, 8 aprile 2024

AI DOCENTI

AGLI STUDENTI:

Arcidiacono G. e Paone G.
della classe 5[^]F

ALLE FAMIGLIE

AGLI EDUCATORI

AL PERSONALE ATA

AL DSGA

SITO WEB

Oggetto: Partecipazione al 6° Campionato nazionale di pasticceria – Istituti Alberghieri Italiani

Si comunica che gli studenti in indirizzo parteciperanno al Campionato in oggetto che si svolgerà da martedì 9 aprile a venerdì 12 aprile 2024 nella città di Vittorio Veneto (TV).

Gli studenti saranno accompagnati dal prof. Quintieri L.

La partenza, tramite bus-transfer, è prevista intorno alle ore 09.00 del 9 aprile 2024 dal piazzale antistante la sede centrale; il rientro è previsto nella serata del 12.04.2024.

La partecipazione degli studenti sarà consentita solo previa autorizzazione scritta da parte dei genitori, che dovrà essere compilata e sottoscritta, secondo il modello allegato (Allegato 1), e consegnata ai docenti accompagnatori. Inoltre, i genitori/tutori degli studenti dovranno compilare e sottoscrivere il modello relativo alle allergie/intolleranze/patologie (Allegato 2).

Si invitano gli studenti a partecipare al viaggio d'istruzione, in modo costruttivo, mantenendo un comportamento corretto. Per comportamenti non conformi alla dignità della scuola, saranno presi provvedimenti disciplinari.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Renato Daniele

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3 c. 2 Dlgs 39/93)

Allegato 1: Autorizzazione dei genitori

Al Dirigente Scolastico
dell'IPSSEOA di SOVERATO

OGGETTO: Partecipazione al 6° Campionato nazionale di pasticceria – Istituti Alberghieri Italiani

I sottoscritti

_____ E _____
nato/a a _____ il _____ nato/a a _____ il _____

esercitanti patria potestà nei confronti del/della studente/studentessa _____
frequentante la classe _____ sez. ____ nell' A. S. 2023/2024

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a a partecipare al Campionato in oggetto che si svolgerà dal 9 al 12 aprile 2024 nella città di Vittorio Veneto (TV). I sottoscritti **dichiarano**

- Di essere informati del fatto che il viaggio di istruzione di cui sopra sarà effettuato alla presenza del docente accompagnatore prof. QUINTIERI L.
- Di essere a conoscenza che gli spostamenti avverranno con un bus-transfer;
- Che il/la proprio/a figlio/a è fisicamente idoneo/a a partecipare in modo sicuro al viaggio;
- Di essere a conoscenza che l'uscita potrà anche essere oggetto di fotografie e filmati, di autorizzare l'effettuazione dei suddetti servizi, che potrebbero riguardare anche la persona/immagine del proprio figlio/a senza richiedere alcuna forma di rimborso
- Di assumersi la piena responsabilità a titolo personale, sia sul piano civile che su quello penale, per qualsiasi evento e/o conseguenza dannosa che dovesse derivare dalle azioni di nostro/a figlio/a quali incidenti, invalidità permanenti, morte, ferite, lesioni o malattie, reclami, perdite, danni, che dovessero verificarsi durante il viaggio in oggetto;
- Di aver preso visione della circolare n. 405 del 08.04.2024 e di accettarne integralmente il contenuto;
- Di conoscere il programma del viaggio di istruzione seppure quest'ultimo possa essere suscettibile di variazioni per causa di forza maggiore;
- Di comunicare per tempo al D.S., in via riservata, eventuali problemi prevedibili che potrebbero insorgere durante la partecipazione al viaggio (necessità alimentari, situazioni sanitarie, ecc);
- Di autorizzare la scuola a far prestare, in caso di necessità e di urgenza, le cure mediche che si dovessero rendere necessarie, impegnandosi fin d'ora a rimborsare le spese sostenute su semplice richiesta;

ESONERANO

- Da ogni responsabilità gli accompagnatori/organizzatori per eventuali incidenti o infortuni connessi all'espletamento delle attività;
- L'Istituto e gli insegnanti da ogni responsabilità per iniziative prese dall'alunno al di fuori delle istruzioni impartite dal docente responsabile del viaggio;
- L'Istituto da qualunque responsabilità in caso di allontanamento di mio figlio /a dalla propria camera;
- L'istituto da responsabilità per danni al figlio, a persone o a cose causati da un comportamento scorretto o da fatti accidentali;
- Da ogni responsabilità l'accompagnatore per fatti conseguenti all'eventuale cattivo comportamento del/la proprio/a figlio/a e si assumono la responsabilità per eventuali danni da lui/lei arrecati, singolarmente o in gruppo. In quest'ultimo caso, nell'impossibilità di individuare il responsabile, si impegnano a contribuire al risarcimento del danno;

Lo/La STUDENTE/SSA:

- Si impegna ad attenersi rigorosamente alle disposizioni impartite dai docenti accompagnatori e dalla scuola.
- è consapevole che in caso di trasgressione delle disposizioni impartite, in particolare durante il periodo notturno, la responsabilità in ordine ad eventuali infortuni, o a danni arrecate a cose o a terzi ricadrà unicamente su se stesso

Luogo e data _____

In Fede

*Firma dei genitori o dei soggetti esercitanti la patria potestà**

* Si ricorda che, secondo quanto previsto dal art. 155 c.c., novellato dalla legge 8 febbraio 2006, n. 54, la potestà genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Nel caso in cui gli stessi non figurino conviventi nello stesso nucleo domiciliare, il presente modulo dovrà essere OBBLIGATORIAMENTE firmato dai due genitori, o da coloro che esercitano la potestà genitoriale.

N.B. In caso di firma di un solo genitore

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del Dpr 245/2000, dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter, 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Firma _____

ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico
Dell'IPSSEOA di Soverato

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI E/O PATOLOGIE.

I sottoscritti

_____ E _____
nato/a a _____ il _____ nato/a a _____ il _____

esercitanti patria potestà nei confronti del/della studente/studentessa _____
frequentante la classe _____ sez. ____ nell' A. S. 2023/2024.

COMUNICA CHE IL/LA PROPRI... FIGLI...

- non è affett... da allergie e/o intolleranze alimentari;
 presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____

_____ come

Attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto alternativo durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione e/o le uscite didattiche;

- non è affett... da allergie a farmaci;
 presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione;
 non è affett... da patologie;
 è affetto dalle seguenti patologie come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili sullo/a studente/essa da segnalare _____

_____, lì _____ Firma dei genitori/tutori

* Si ricorda che, secondo quanto previsto dal art. 155 c.c., novellato dalla legge 8 febbraio 2006, n. 54, la potestà genitoriale è esercitata da entrambi i genitori/tutori. Nel caso in cui gli stessi non figurino conviventi nello stesso nucleo domiciliare, il presente modulo dovrà essere **OBBLIGATORIAMENTE** firmato dai due genitori, o da coloro che esercitano la potestà genitoriale.

N.B. In caso di firma di un solo genitore

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del Dpr 245/2000, dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter, 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Firma _____