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. 328/2024-2025 **Soverato, 18 marzo 2025**

AI DOCENTI
AGLI STUDENTI
ALLE FAMIGLIE
AGLI EDUCATORI
AL PERSONALE ATA
AL DSGA
SITO WEB

OGGETTO: Mobilità all'estero - programma Erasmus+ POLONIA

Si comunica che, facendo seguito ai lavori organizzativi della Commissione Erasmus e alle determinazioni del Collegio dei Docenti, una delegazione di studenti prenderà parte alla mobilità all'estero - programma Erasmus+ -POLONIA.

L'esperienza formativa avrà la durata complessiva di 14 giorni e si svolgerà dal 1 aprile 2025 al 15 aprile 2025. Tutte le attività saranno finalizzate all'incremento delle competenze di cittadinanza europea, alla valorizzazione di aspetti interculturali e allo scambio enogastronomico.

Gli studenti saranno accompagnati dal prof. Cupone A. e dall'A.T. Condino G. F., impegnati nella definizione del programma delle attività sia con la scuola capofila di Monza sia con la scuola ospitante di Plock. L'elenco degli studenti partecipanti è consultabile nella sezione "Comunicazioni" del Registro Elettronico.

Gli spostamenti avverranno con i seguenti voli:

Volo di andata: 1 aprile 2025	Lamezia – Kracovia: 20:20 – 22:25
Volo di ritorno: 15 aprile 2025	Kracovia - Lamezia: 17:40 – 19:55

Gli studenti soggiorneranno nella città di Kracovia dal 01 aprile al 04 aprile in sistemazione alberghiera e dal 04 aprile al 15 aprile nella città di Plock ospitati dalle famiglie degli studenti polacchi.

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 entro il 26 Marzo 2025. Inoltre, entro la stessa data, i genitori/tutori degli studenti dovranno compilare e sottoscrivere il modello relativo alle allergie/intolleranze/patologie (Allegato 2) da consegnare, in busta chiusa, al Dirigente Scolastico.

Si invitano gli studenti a partecipare alle attività, in modo costruttivo, mantenendo un comportamento corretto. Per comportamenti non conformi alla dignità della scuola, saranno presi provvedimenti disciplinari.

Gli studenti coinvolti parteciperanno ad un incontro informativo con il prof. Cupone in data 24.03.2025, nell'aula n. 8 del piano terra.

Allegati:

- **Autorizzazione dei genitori/tutori**
- **Modello di dichiarazione allergie/intolleranze/patologie**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Renato Daniele
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3 c. 2 Dlgs 39/93)

Al Dirigente Scolastico
dell'IPSSEOA di SOVERATO

Allegato 1: Autorizzazione dei genitori

OGGETTO: **Mobilità all'estero - programma Erasmus+ POLONIA – Plock**

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. 2024/2025

AUTORIZZZANO il/la proprio/a figlio/a a partecipare alla mobilità all'estero – programma Erasmus + - POLONIA dal 1 aprile 2025 al 15 aprile 2025

I SOTTOSCRITTI dichiarano

- di essere a conoscenza che gli accompagnatori saranno il prof. Cupone A. e l'A.T. Condino G.
- di essere a conoscenza che gli spostamenti avverranno in aereo;
- di aver preso visione della circ. n. 328 del 18.03.2025 e di accettarne integralmente il contenuto;
- Che il/la proprio/a figlio/a è fisicamente idoneo/a a partecipare in modo sicuro al viaggio;
- di essere informati che la quota di partecipazione a carico della famiglia è pari a EURO 180 e che tale somma dovrà essere versata al momento della presentazione della suddetta autorizzazione e non potrà essere restituita in caso di rinuncia tardiva al viaggio;
- di essere consapevoli che il/la proprio/a figlio/a sarà tenuto/a alla stretta osservanza del programma e delle specifiche indicazioni di comportamento fornite dai docenti accompagnatori, i quali per parte loro si assumono una responsabilità riconducibile esclusivamente all'art. 2047 del Codice Civile, integrato dall'art. 61 L.11/07/80 n. 312 che limita la responsabilità patrimoniale del personale della scuola ai solo casi di dolo o colpa grave.
- di essere informato che **il/la proprio/a figlio/a** _____è assicurato/a per le attività extracurriculari con **Benacquista Assicurazione.**
- 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. Tali foto/video, documentanti l'attività formativa, educativa e didattica potranno essere oggetto, nel rispetto della normativa vigente in materia di trattamento e protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003), di pubblicazioni si esclusivamente a scopo didattico e divulgativo (lavori di gruppo, lavori multimediali, sito internet, canali social dell'IPSSEOA di SOVERATO).

I sottoscritti sollevano e liberano la scuola e i docenti accompagnatori da ogni responsabilità per danni a cose o persone arrecate per indisciplina, negligenza, trascuratezza o inosservanza delle disposizioni impartite dai docenti, anche esteri, nell'ambito delle attività di formazione, di istruzione, di laboratorio, di esercitazione, di uscita didattica e di visita guidata.

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

Si allega alla presente autorizzazione:

1) Fotocopia della carta di identità del/della studente/essa. Tale documento dovrà avere validità fino alla conclusione prevista dell'esperienza;

2) Fotocopia tessera sanitaria;

3) Fotocopia della carta di identità dei genitori/tutori.

Luogo e data_____

I 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. 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 245 245/2000, 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: Modello di dichiarazione allergie/intolleranze/patologie

Al Dirigente Scolastico
Dell'IPSSEOA di Soverato

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

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. 2024/2025.

COMUNICANO 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.
- □ Deve assumere i seguenti farmaci_____con la seguente modalità_____
  _____

In relazione a quanto dichiarato, i sottoscritti richiedono:

_____

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 245 245/2000, 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_____