|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cambridge-School-logo_c_20F |  | C:\Users\dsga01\Desktop\loghi e locandine_Foto\LogoLiceoColonna.png |
| **Liceo Linguistico**  **Liceo Scienze** Applicate  Progetto didattico Liceo matematico  **Liceo delle Scienze Umane**  **Liceo Economico-sociale**  **les** | **MINISTERO dell’ISTRUZIONE**  **Ufficio Scolastico Regionale Lazio**  **Ambito I – Distretto IX**  **LICEO VITTORIA COLONNA**  via dell’Arco del Monte, 99 - 00186 Roma -Tel 06 121125165  Sezione presso Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Palidoro  [rmpm180008@istruzione.it](about:blank) - [rmpm180008@pec.istruzione.it](about:blank)  [https://www.liceovittoriacolonnaroma.edu.it/](about:blank)  https://scuolainospedale.miur.gov.it/  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**MODULO DI CONFERMA E AUTORIZZAZIONE**

**Scambi Culturali e Stage Linguistici**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di genitore (o tutore legale e/o facente funzioni)

**confermo e autorizzo**

la partecipazione dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di questo istituto allo **scambio culturale** /**Stage Linguistico** che si terrà **a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**;

**dichiaro**

di aver informato l’altro genitore/facente funzione dell’adesione allo SCAMBIO/stage;

**dichiaro**

di aver già versato la **prima quota di eur \_\_\_\_\_\_\_\_** tramite il portale PagoInRete sul conto della scuola, che include l’acquisto del biglietto aereo e l’acconto per il corso di lingua;

**mi impegno a**

**versare la rimanente quota di eur \_\_\_\_\_\_\_\_ sul portale PagoInRete entro il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**;

**accetto**

che per motivi assicurativi la rinuncia al viaggio, dovuta a improvvisi motivi di salute, debba essere comunicata per iscritto entro le 24 ore antecedenti la partenza e documentata da certificato medico correttamente datato;

**accetto**

che l’eventuale rimborso del corso di lingua e del soggiorno dipenderà dalle condizioni contrattuali stabilite dall’agenzia di viaggio e che il costo del biglietto dei voli prenotati non potrà essere rimborsato;

**dichiaro**

di aver preso visione e di accettare le condizioni di cui sopra.

Data Firma