

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE A FREQUENTARE LE STRUTTURE AZIENDALI
PERCORSO PER LE COMPETENZE TRASVERSALI E PER L'ORIENTAMENTO
(EX ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO)**

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ (_____) il ____/____/_____
e residente a _____ (Prov. _____) (c.a.p. _____),
Piazza/Via _____ n. _____,
recapito telefonico: _____ e-mail: _____,
esercente la potestà/tutela sul/sulla minore _____,
nato/a a _____ (_____) il ____/____/_____
e residente a _____ (Prov. _____) (c.a.p. _____),
Piazza/Via _____ n. _____,
recapito telefonico: _____ e-mail: _____,
frequentante la classe _____ presso _____,
chiede di autorizzare il/la minore di cui sopra a frequentare
_____ dal ____/____/_____ al ____/____/_____,
per l'attivazione di un *percorso per le competenze trasversali e per l'orientamento (ex alternanza scuola lavoro)*.

A tal fine, consapevole di quanto previsto per chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, dichiara:

- il/la minore è cittadino/a italiano/a;
- il/la minore è cittadino/a _____;
- di essere a conoscenza di quanto stabilito dalla convenzione in essere tra soggetto promotore e soggetto ospitante anche per quanto riguarda i doveri da osservare ed il comportamento da tenere durante lo svolgimento del percorso per le competenze trasversali e per l'orientamento (ex alternanza scuola-lavoro);;
- di essere a conoscenza che i dati contenuti nella presente domanda saranno utilizzati esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione;
- di assumersi ogni responsabilità, civile, penale e di risarcimento, per eventuali danni a cose,

persone e strutture cagionati o riconducibili ad azioni e comportamenti del/della minore tenuti durante lo svolgimento della frequenza;

- di esonerare, sin d'ora, l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale degli Spedali Civili da ogni responsabilità civile e penale per eventuali infortuni, comprese invalidità permanente e morte, o malattie professionali che potrebbero derivare dalla frequenza;
- di autorizzare l'effettuazione delle misure di medicina preventiva stabilite dai protocolli di sorveglianza sanitaria aziendale.

Allega:

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- fotocopia di un documento di identità del/della minore in corso di validità;
- fotocopia del permesso di soggiorno del/della minore in corso di validità (*se minore extracomunitario/a*).

Data, _____

(firma leggibile dell'esercente la potestà/tutela sul/sulla minore)

Spazio riservato al parere del Direttore/Dirigente/Responsabile della struttura che si intende frequentare (da acquisire a cura dell'istante)

In relazione alla su estesa istanza, il sottoscritto/a _____,
Direttore/Dirigente/Responsabile dell'U.O. _____
esprime parere favorevole alla frequenza ed individua il Tutor Aziendale nella persona di _____.

Il/La frequentante non avrà accesso alle zone controllate/sorvegliate ai fini della radioprotezione e a tutte le UU.OO. sanitaria.

Data _____

Il Tutor Aziendale

Il Direttore/Dirigente/Responsabile

(timbro e firma leggibile)

(timbro e firma leggibile)