**Visite al Centro Radiotelescopi "*M. Ceccarelli*"**

**Progetto ER “*Le comunità per fare scuola: territori in rete*”.**

**AUTORIZZAZIONE A PARTECIPARE**

Il sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore

dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della classe 1^\_\_\_\_\_

**autorizza**

il proprio figlio/a a partecipare al viaggio di istruzione a FIORENTINA DI MEDICINA (Centro Radiotelescopi "*M. Ceccarelli*" – Via Fiorentina n. 3403) con partenza da scuola alle ore **08:30 del giorno 27/04/2022 e rientro in Istituto, stesso giorno, alle ore 13:10 circa.**

Il Viaggio avverrà in pullman.

Docenti in servizio di accompagnamento: Feralli, Flamigni, Foietta, Scheda, Maltoni.

Scopo didattico: ATTIVITA’ DIDATTICA AMBITO SCIENTIFICO.

Data…………….

Firma del genitore (anche per i maggiorenni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_