



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO  
ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA "DANIELE CRESPI"  
*Liceo Internazionale Classico e Linguistico*  
*VAPC02701R Liceo delle Scienze Umane*  
*VAPM027011*  
Via G. Carducci 4 – 21052 BUSTO ARSIZIO (VA)  
Tel. **0331 633256** - Fax **0331 674770**  
[www.liceocrespi.edu.it](http://www.liceocrespi.edu.it) E-mail:  
[comunicazioni@liceocrespi.it](mailto:comunicazioni@liceocrespi.it)  
C.F. 81009350125 – Cod.Min. VAIS02700D



FONDI STRUTTURALI EUROPEI **pon** 2014-2020  
PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia  
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per  
l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio IV

### DICHIARAZIONE DI ASSENSO

Con la presente acconsento a che mia/o figlia/o \_\_\_\_\_  
della classe \_\_\_\_\_ partecipi allo **stage stage Dublino** dal 10//09 al 16/10/2024

Mia/o figlia/o seguirà le indicazioni degli insegnanti accompagnatori, della famiglia ospitante e del personale docente della scuola in loco; in particolare osserverà quanto segue:

- durante lo stage **nessuno** si potrà allontanare dal gruppo senza il permesso degli accompagnatori;
- gli studenti **non** potranno uscire di sera;

in alternativa gli studenti potranno uscire di sera **solo se** accompagnati dai docenti.

In ogni caso gli studenti dovranno attenersi alle indicazioni del docente accompagnatore o della famiglia ospitante (quando ospitati).

**In caso di gravi e reiterate infrazioni a tali disposizioni e di comportamenti irrispettosi o maleducati nei confronti della famiglia ospitante, provvederò a mie spese a far rientrare in Italia mia/o figlia/o.**

Nel periodo di permanenza di mia/o figlia/o sarò reperibile al seguente indirizzo (e recapito telefonico):

\_\_\_\_\_

In caso di particolari patologie dichiarate sulla scheda personale si autorizza gli insegnanti accompagnatori e/o la famiglia ospitante a somministrare farmaci da segnalare con precisione.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Busto Arsizio, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma dei genitori)

Da restituire firmato in Segreteria Didattica al Sig. Sebastiano entro il 18/03/2024