



Istituto di Istruzione Superiore Alberti – Dante Firenze

Autorizzazione per la partecipazione al progetto di PCTO

Alunni maggiorenni

Modulo
STU6 - Rev.0
del 09/11/2022

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "Alberti – Dante"
Firenze**

Titolo PCTO: _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, iscritto/a nell'anno scolastico ____/____ alla classe ____ sez. _____
indirizzo _____ di questo Istituto conferma di partecipare al progetto di
PCTO dal titolo _____
presso _____, il giorno _____.

Dichiara altresì di sollevare l'Istituto scolastico da ogni responsabilità connessa a propri
comportamenti non adeguati.

Si allega fotocopia del documento di identità.

Firenze, li _____

Firma _____