**Liceo Scientifico Statale**

# “Leon Battista Alberti”

**Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo Linguistico**

**Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325 Succursale: Via Ravenna s.n. – 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847 Succursale: Via Koch n.11 – 09121 CAGLIARI – tel. 392.6724335**

**Email:** [**caps02000b@istruzione.it**](mailto:caps02000b@istruzione.it) **– PEC Email:** [**caps02000b@pec.istruzione.it**](mailto:caps02000b@pec.istruzione.it) **Web:** [**www.liceoalberti.it**](http://www.liceoalberti.it/) **- Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR**

**AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI PER USCITA DIDATTICA**

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: Autorizzazione a svolgere attività integrative – visita guidata/uscita didattica

**Uscita didattica/Visita d’istruzione**

Io sottoscritto genitore dell’alunno/a

iscritto alla classe sezione del Liceo “L.B. Alberti”

## autorizzo mio/a figlio/a

a recarsi nel seguente luogo:

il giorno: , orario:

per svolgere la visita guidata programmata dal/i C.d.C. della/e classe/i coinvolta/e.

Al termine dell’attività autorizzo mio/a figlio/a a fare autonomamente rientro a casa (se previsto).

Data

FIRMA