**PATTO FORMATIVO STUDENTE E MODULO DI ADESIONE**

**ALLA CURVATURA BS**

**“BIOMEDICINA E PROFESSIONI SANITARIE”**

**- aa. ss. 2020/21-2021/2022-2022/2023 -**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo BS (Biotecnologie Sanitarie),

in procinto di frequentare il Percorso di approfondimento: Curvatura “Biomedicina e Professioni Sanitarie”,

**DICHIARA**

* Di essere a conoscenza che le attività che andrà a svolgere costituiscono parte integrante del percorso formativo;
* Di essere a conoscenza che la partecipazione al progetto non comporta alcun legame diretto tra la/il sottoscritta/o le strutture ospitanti e che ogni rapporto con le strutture ospitanti stesse cesserà al termine del periodo di formazione;
* Di essere a conoscenza delle norme comportamentali previste dal C.C.N.L., le norme antinfortunistiche e quelle in materia di privacy;
* Di essere stato informato dal Tutor interno in merito ai rischi aziendali in materia di sicurezza sul lavoro di cui al D. Lgs. 81/08 e successive modificazioni;
* Di essere consapevole che i momenti di formazione sono soggetto alle norme stabilite nel Regolamento degli studenti dell’istituzione scolastica di appartenenza, nonché alle regole di comportamento, funzionali e organizzative della struttura ospitante;
* Di essere a conoscenza che, nel caso si dovessero verificare episodi di particolare gravità, in accordo con la struttura ospitante si procederà in qualsiasi momento alla sospensione dell’esperienza;
* Di essere a conoscenza che nessun compenso indennizzo di qualsiasi natura gli è dovuto in conseguenza della sua partecipazione al progetto;
* Di essere a conoscenza che l’esperienza non comporta impegno di assunzione presente o futuro da parte delle strutture ospitanti i momenti formativi;
* Di essere a conoscenza delle coperture assicurative sia per i trasferimenti alla sede di svolgimento delle attività che per la permanenza nella struttura ospitante.

**SI IMPEGNA**

* A rispettare rigorosamente gli orari stabiliti dall’Istituto, ovvero dalla struttura ospitante, per lo svolgimento delle attività;
* A seguire le indicazioni dei Tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza o evenienza;
* Ad avvisare tempestivamente sia la struttura ospitante che l’Istituzione scolastica se impossibilitato a recarsi nel luogo di svolgimento delle attività o a partecipare al collegamento;
* A presentare idonea certificazione in caso di malattia;
* A tenere un comportamento rispettoso nei riguardi di tutte le persone con le quali verrà a contatto;
* A completare, in tutte le sue parti, l’apposito registro di presenza, qualora presente, presso la struttura ospitante;
* A raggiungere autonomamente la sede del soggetto ospitante in cui si svolgerà l’attività, qualora in presenza;
* Ad osservare gli orari e i regolamenti interni dell’azienda, le norme antinfortunistiche sulla sicurezza e quelle in materia di privacy.

**Firma della/o studentessa/e** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Riservato al genitore o al tutore**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, esercente la potestà

genitoriale dell’alunna/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara di aver preso visione di quanto riportato nella presente nota e di autorizzare la/lo

studentessa/e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a partecipare alle attività previste dal progetto.

**Firma del genitore/tutore** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

L’Istituzione scolastica a pubblicare sul proprio sito web e/o su eventuali pubblicazioni cartacee, ad utilizzare sia in formato elettronico

sia in versione cartacea, l’immagine del minore (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

eventualmente presente su foto o filmati realizzati durante le attività scolastiche.

Sono consapevole che tali immagini saranno pubblicate in articoli (web o cartacei) o in servizi analoghi

comunque non commerciali o lesivi della dignità del minore.

**AUTORIZZA**

l’Istituzione scolastica a far utilizzare al proprio/a figlio/a la piattaforma Google Meet, ovvero Microsoft Teams, per condividere materiali e svolgere attività didattica a distanza con video e audio-lezioni.

**DICHIARA**

di conoscere e accettare le regole fissate dall’Istituto (E policy) per l’accesso e l’uso degli strumenti digitali e delle piattaforme; di essere a conoscenza che le credenziali di accesso saranno comunicate direttamente all’alunno, che dovrà custodirle con cura e riservatezza; di responsabilizzare il proprio/a figlio/a circa la modalità di navigazione online e le regole da rispettare

**AUTORIZZAZIONE ALLIEVI PER LE ATTIVITÁ DELLA CURVATURA BS**

**“BIOMEDICINA E PROFESSIONI SANITARIE”**

**- aa. ss. 2020/21-2021/2022-2022/2023 -**

IN SITO DIVERSO DALLA SEDE DEL SOGGETTO OSPITANTE

La/il sottoscritta/o ..……………………………………………………………………………

genitore dell’alunno ……………………………………………… della classe ……..………

sono a conoscenza che, per lo svolgimento dell’attività inerenti la curvatura BS “Biomedicina e Professioni Sanitarie”, mio figlio/a potrebbe doversi recare presso uffici pubblici, laboratori, siti d’interesse o di ricerca, situati in luoghi diversi dalla sede della struttura ospitante, pertanto

AUTORIZZA

tali spostamenti

* con MEZZO PUBBLICO
* con MEZZO PRIVATO DEL TUTOR AZIENDALE
* con MEZZO PROPRIO PRIVATO
* con MEZZO PRIVATO DI COMPAGNO (RISERVATO SOLO AI MAGGIORENNI)

Reggio Calabria, lì ……………….

FIRMA