



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

LIBERATORIA VISITATORI MINORENNI

Il sottoscritto _____ residente a _____
in via _____ CAP _____ Provincia _____
documento di identità nr _____
rilasciato il _____ da _____
Telefono _____

ESERCENTE LA PATRIA PODESTA' SUL MINORE (nome e cognome)

_____ nato il _____ a _____
residente a _____ in via _____
CAP _____ Provincia _____

Dichiara

Di fare proprie tutte le dichiarazioni che seguono, esonerando il Laboratorio "Colonne" – Università Degli Studi di Firenze da ogni responsabilità:

- Di aver ricevuto e di aver preso visione del "Regolamento per Visitatori" del Laboratorio "Colonne" – Università Degli Studi di Firenze Via Santa Marta – 50139 - Firenze;
- Di essersi assicurato che il minore abbia compreso le norme di igiene e sicurezza sul lavoro in esso contenuti;
- Di autorizzare il minore a visitare il laboratorio "Colonne" e a prendere parte ad attività finalizzate al progetto di alternanza scuola-lavoro;
- Che il minore si impegnerà a rispettare il Regolamento del Laboratorio e a seguire le indicazioni impartite dal personale del Laboratorio;
- Di autorizzare il minore ad uscire da solo dal laboratorio al termine della attività di alternanza scuola lavoro assumendosi totalmente la responsabilità per qualsiasi danno e/o incidente possa occorrere al minore una volta uscito dal Laboratorio.

DATA _____

FIRMA GENITORE _____ FIRMA MINORE _____