

Documento di autorizzazione per il Master INFN presso i Laboratori  
Nazionali del Gran Sasso  
23-27 giugno 2024

**Dati del genitore:**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, documento di riconoscimento  
\_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in  
data \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_, esercente la  
patria potestà sullo studente \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
con la presente:

- dichiara di aver preso visione del programma come da allegato programma.pdf;
- si impegna a firmare il patto di corresponsabilità predisposto per il viaggio;
- autorizza (nome e cognome dello studente) \_\_\_\_\_  
a partecipare Master del progetto *Art & Science across Italy*, organizzato  
dall'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare, che si terrà dal 23 al 27 giugno 2024;
- solleva l'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare, da qualsiasi responsabilità  
riguardo la tutela civile di (nome e cognome dello studente)  
\_\_\_\_\_, nonché da ogni responsabilità conseguente a  
fatti o condotte attuate dallo stesso ed è consapevole che in caso di danni a  
persone o cose arrecati dallo studente potranno essere ritenuti responsabili, oltre  
all'autore del fatto, anche i genitori e/o l'esercente la patria potestà. Con il  
presente atto accetta di sostenere la piena responsabilità e qualunque costo  
aggiuntivo se lo studente dovesse soffrire di qualsiasi malattia, subire un  
incidente, disabilità o morte durante questo periodo di stage.



Indicare particolari necessità alimentari, eventuali allergie, intolleranze e/o terapie mediche in corso, altre informazioni ritenute importanti:

---

---

**Dati dello studente:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_

Numero di cellulare: \_\_\_\_\_

Indirizzo email: \_\_\_\_\_

Data e luogo di rilascio del documento: \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_

**Indicare due persone che verranno contattate dagli organizzatori in caso di necessità o emergenza:**

**Primo contatto:**

Cognome e Nome .....

Numero di telefono (cellulare): .....

e-mail: .....

relazione con lo studente (madre, padre, etc.): .....





Secondo contatto:

Cognome e Nome .....

Numero di telefono (cellulare): .....

e-mail: .....

relazione con lo studente (madre, padre, etc.): .....

**Allega copia del documento di riconoscimento e copia del documento di riconoscimento dello studente.**

Firma leggibile

.....

Luogo .....

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

