



Ministero dell'Istruzione  
e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

## LICEO SCIENTIFICO STATALE "LEONARDO DA VINCI"

Cod. Mecc. FRPS040005 - C.F. 82004850606 - C.U.U. UF9NNN - E-mail. [frps040005@istruzione.it](mailto:frps040005@istruzione.it) - PEC [frps040005@pec.istruzione.it](mailto:frps040005@pec.istruzione.it)  
Sito web: <https://www.liceoscientificosora.it/> Sede Legale -Viale San Domenico, 5 - 03039 SORA - Tel. 0776 831781 - Fax 0776 831822

A.s. 2023/24 | CDS n. 151

AI DOCENTI di Scienze  
Agli STUDENTI del Percorso  
Nazionale Biologia con curvatura  
biomedica  
CLASSI TERZE  
p. c. ai Sigg. GENITORI

Oggetto: Calendario Curvatura Biomedica del **Quarto Nucleo tematico** inerente:  
<< L'APPARATO CARDIOVASCOLARE >>

Si comunica il calendario di svolgimento del Quarto Nucleo Tematico del progetto "Biologia con Curvatura Biomedica":

Docente/Medico	Classi	Giorno	DATA	Ora
Prof Trombetta Sergio	Tutte le terze	<b>Martedì</b>	<b>12 Marzo 2024</b>	Dalle 13:35 Alle 14:35
		<b>Martedì</b>	<b>19 Marzo 2024</b>	
		<b>Martedì</b>	<b>26 Marzo 2024</b>	
		<b>Martedì</b>	<b>16 Aprile 2024</b>	
Dott.ssa Gemmiti Maria Paola	Tutte le terze	<b>Martedì</b>	<b>23 Aprile 2024</b>	Dalle 13:30 Alle 14:45
		<b>Martedì</b>	<b>07 Maggio 2024</b>	
		<b>Martedì</b>	<b>14 Maggio 2024</b>	
		<b>Martedì</b>	<b>21 Maggio 2024</b>	

Di seguito il modello dell'autorizzazione da far firmare ai genitori e restituire a scuola.

Si prega di conservare e rispettare le date calendarizzate che resteranno valide per tutto lo svolgimento del Nucleo tematico. Sarà inoltre cura della scuola e della referente del progetto, comunicare tempestivamente eventuali variazioni, nel caso si dovessero verificare.  
Si ringrazia anticipatamente per la collaborazione



IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DOTT. NAZARIO MALANDRINO

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi art. 3, comma 2, D.Lgs. n. 39/1993

Oggetto: **Autorizzazione alla partecipazione al progetto “Biologia con Curvatura Biomedica”, Quarto Nucleo Tematico: << Apparato Cardiovascolare >>**

Il/La sottoscritt..... genitore dell'alunn .....  
frequentante la classe.....sez.....della Scuola.....via.....

**Autorizza**

**Non Autorizza**

il/la propri.....figli.....a partecipare al progetto di “Biologia con Curvatura Biologica” che si svolgerà nell’aula 4G al secondo piano della sede Succursale del Liceo Scientifico “Leonardo Da Vinci” nei giorni:

Docente/Medico	Classi	Giorno	DATA	Ora
Prof Trombetta Sergio	Tutte le terze	<b>Martedì</b> <b>Martedì</b> <b>Martedì</b> <b>Martedì</b>	<b>12 Marzo 2024</b> <b>19 Marzo 2024</b> <b>26 Marzo 2024</b> <b>16 Aprile 2024</b>	Dalle 13:35 Alle 14:35
Dott.ssa Gemmiti Maria Paola	Tutte le terze	<b>Martedì</b> <b>Martedì</b> <b>Martedì</b> <b>Martedì</b>	<b>23 Aprile 2024</b> <b>07 Maggio 2024</b> <b>14 Maggio 2024</b> <b>21 Maggio 2024</b>	Dalle 13:30 Alle 14:45

Il calendario potrebbe subire modifiche in base ad esigenze scolastiche.

Il/La sottoscritt... autorizza l’uscita autonoma del/della propr.... figli....

Data.....

**Firma del genitore**

.....