Al Dirigente Scolastico

IIS VOLTA FROSINONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome e nome del genitore o di chi ne fa le veci), esercente la patria potestà dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_ sez/indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della sede di codesto Istituto

AUTORIZZA

Il proprio figlio/a a partecipare al “Progetto di studio assistito pomeridiano” a partire dal mese di novembre presso l’IIS “A. VOLTA”, il lunedì e il giovedì dalle 14.30 alle 16:30.

Il sottoscritto dichiara di sollevare la scuola da ogni responsabilità che potrebbe derivarne.

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_