Al Dirigente Scolastico

dell’ IIS “A.Volta” Frosinone

Il sottoscritto……………………………….genitore dell’alunno/a……………………………………………………………………………

Nato/a a…………………………… il ...................................frequentante la classe……..sez…….. Indirizzo……………………………………di codesto Istituto

**AUTORIZZA il** proprio figlio a prendere parte al corso di preparazione agli esami TRINITY GESE GRADE………. che si terrà presso l’Istituto a partire da gennaio 2023.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo di certificazione e livelli (2)** | **Ore** | **COSTO DELL’ESAME** da versare tramite PagoPa |
| **GESE 4**  **liv. A2.2** | **30** | **€ 64,00** |
| **GESE 5**  **liv. B.1** | **30** | **€ 64,00** |
| **GESE 6**  **liv. B1.1** | **30** | **€ 64,00** |
| **GESE 7 o 8**  **Liv B2** | **30** | **€ 84,00** |

Indicare eventuali certificazioni possedute………………………………………

Recapito telefonico del genitore: …………………………….

Recapito telefonico studente: ……………………………………………………………….

Inviare alla seguente mail: [fris01800e@istruzione.it](mailto:fris01800e@istruzione.it)

versando la quota corrispondente al grade di interesse attraverso il sistema PagoPa

Docente referente Prof.ssa Maria Teresa Di Biase

Frosinone 02/01/2023

DIRIGENTE SCOLASTICO

PROF.SSA MARIA ROSARIA VILLANI