Al Dirigente Scolastico

dell’ IIS “A.Volta” Frosinone

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

nato/a …………………………… il ..................................., residente a ……………..frequentante la classe……..sez…….. Indirizzo……………………………………di codesto Istituto

Mail istituzionale (dominio voltafr.edu.it):

Cellulare:

**AUTORIZZA** il proprio figlio a prendere parte al corso Stampanti 3D che sarà strutturato in 10 incontri di 2 ore, di pomeriggio, dalle 14:30 alle 16:30, il Lunedì, a partire dal mese di Marzo 2023

Responsabile del Corso Prof. Antonio Iafrate

Data e Firma