**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**dell’I.I.S. di VIA DELLE SCIENZE - Colleferro**

*(Solo per studenti minorenni)*

**Noi sottoscritti genitori** del/della studente/ssa ………………………………………………, frequentante la classe ……..

*(padre)* …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(madre)* ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**autorizziamo**

nostro/a figlio/a frequentare lo sportello/il corso di recupero/l’attività ………………………………………………………,

che avrà inizio il …………………….., dalle ore ……………………….. alle ore……………………….. e così di seguito nelle settimane successive.

Docente responsabile è il/la prof./prof.ssa ………………………………………………………………………….., dal/dalla quale riceveremo informazioni circa eventuali variazioni di giorno e/o orario, impegnandoci sin d’ora a tenere attivi i contatti con lo/la stesso/ per ogni necessità informativa.

……………………., lì ………………………….

In fede

*(firme di entrambi i genitori)*

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

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

*(Allegare copia del documento di riconoscimento di entrambi i genitori)*