

____ sottoscritt _____ genitore dell'alunn _____
_____ frequentante la classe ____ sez. ____
di codesta scuola

A U T O R I Z Z A

N O N A U T O R I Z Z A

1 propri_ figli_ _____ a partecipare ai Corsi di
 recupero potenziamento
previsti dal P.O.F. e secondo il calendario predisposto dall'insegnante della
disciplina _____ secondo il seguente Calendario:
mese _____ 20__
nei giorni di _____
dalle ore _____ alle ore _____
mese _____ 20__
nei giorni di _____
dalle ore _____ alle ore _____

Pescara, _____

Firma
