***Modulo da consegnare***

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

Alla Dirigente Scolastica

Dott.ssa Maria Rita Meschis

IC Manzoni - Capriate S.G. (Bg)

Il sottoscritto Genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

futura classe \_\_\_\_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

di AVER PRESO VISIONE e di ACCETTARE i requisiti per la frequenza dei corsi di recupero;

O di AUTORIZZARE

*(crocettare la scelta)*

O di NON AUTORIZZARE

il figlio/a minore di anni 14 al rientro autonomo presso la propria abitazione al termine delle lezioni.

In fede.

*firma*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*data*: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/2020