**Al Dirigente Scolastico**

**Liceo Scientifico**

**“V. Vecchi”**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore (esercente la patria potestà)

Dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe \_\_\_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare all’ **Attività di recupero P.A.I** con i docenti referenti - presso la sede del liceo secondo i giorni e gli orari riportati nella circolare allegata alla comunicazione inviata a mezzo mail;

* Al termine delle prove gli studenti rientreranno a casa autonomamente sollevando la scuola da ogni responsabilità per danni a cose o persone arrecate per indisciplina o inosservanza delle disposizioni impartite dagli insegnanti .

Trani, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(FIRMA)