Al Dirigente Scolastico dell’I.C. Gualdo Cattaneo

**AUTORIZZAZIONE FREQUENZA CORSO DI RECUPERO**

**MATERIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/La Sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore dell’Alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

.

**AUTORIZZA**

il figlio/a a frequentare il corso di recupero delle competenze per la materia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in modalità telematica secondo il calendario previsto.

Data\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_