CLASSI PRIME

MODULO DI ISCRIZIONE ATTIVITA' DI STUDIO ASSISTITO A.S. 2025/26

I sottoscritti ..... genitori dell'alunno .....della classe 1° sez _____

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare agli incontri di studio assistito pomeridiano gratuito che si svolgeranno il **MERCOLEDI' dalle 14:45 alle 16:45** secondo il calendario di seguito riportato.

Ciampino, ... Firme

.....

……..

Numero di telefono al quale si desidera essere contattati per eventuali comunicazioni:
.....

CALENDARIO DEGLI INCONTRI

Mercoledì 14:45/16:45	**04/03**	**11/03**	**18/03**	**25/03**	**08/04**	**15/04**

In caso di mancanza del consenso scritto del secondo genitore compilare la seguente dichiarazione:

Il sottoscritto (scrivere nome e cognome in stampatello)
_____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di effettuare la presente autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data_____ Firma del genitore/tutore richiedente:

_____