Al Dirigente Scolastico del

Liceo Scientifico “A. Labriola”

Via Capo Sperone, 50

Roma – Lido di Ostia

**Autorizzazione Sportelli di Recupero/Sostegno/Consolidamento**

La/Il sottoscritta/o

genitore dell’alunna/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del L.S.S. “A. Labriola” – Roma , con la presente

**autorizza**

La/Il propria/o figlia/o a frequentare gli sportelli di recupero/sostegno/consolidamento secondo il calendario pubblicato in Circolare n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [indicare numero circolare]

La presente autorizzazione è valida per l’intero anno scolastico 20\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_, ma deve essere fatta visionare al docente dello sportello ad ogni singolo incontro.

In fede

Data

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