

Al Dirigente Scolastico
del Liceo "E. Pestalozzi"
San Severo

IL/LA_SOTTOSCRITTO/A _____ IN QUALITA' DI GENITORE/TUTOR
DELL'ALUNNO/A _____ FREQUENTANTE LA CLASSE
_____ DI QUESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA A.S. 2023/2024,

AUTORIZZA

IL PROPRIO/A FIGLIO/A A PARTECIPARE AL CORSO PER IL RECUPERO DEL DEBITO DI
SCIENZE/CHIMICA/BIOLOGIA

NON AUTORIZZA IL PROPRIO/A FIGLIO/A A PARTECIPARE AL CORSO PER IL RECUPERO DEL
DEBITO DI SCIENZE/CHIMICA/BIOLOGIA , **impegnandosi autonomamente alla preparazione dello/a stesso/a,**
sollevando la scuola da ogni responsabilità;

San Severo, ___/___/___

GENITORE _____

GENITORE _____

STUDENTE/STUDENTESSA _____