

Al Dirigente Scolastico del Liceo "La Mura"
ANGRI

OGGETTO: Domanda di partecipazione ai corsi di recupero di Matematica

IL/LA SOTTOSCRITTO/Agenitore dell'alunno

COGNOME:NOME: CLASSE:

AUTORIZZA

Il proprio figlio/a a partecipare ai corsi di recupero del debito formativo di Matematica

TITOLO	ORE	Indicare con una crocetta il corso scelto
Matematica Biennio	26	
Matematica Triennio	26	

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali secondo le modalità previste dal D. lgs. 196/03.

I corsi si svolgeranno tra la fine di giugno e la fine del mese di luglio.

Angri, lì _____

FIRMA