

Modulo 4



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"G. GALILEI"**

Viale del Lavoro, 38 – 60035 Jesi (AN) Tel. 0731212913/16 – Fax 0731219421
C.F. 82003990429 – C.M. ANIS02100A
www.iisgalileijesi.it anis02100a@istruzione.it anis02100a@pec.istruzione.it

Autorizzazione alla frequenza dei corsi di recupero

Materia _____ Docente _____

Calendario incontri: 1° incontro _____ dalle ore _____ alle ore _____

2° incontro _____ dalle ore _____ alle ore _____

3° incontro _____ dalle ore _____ alle ore _____

Il/la sottoscritto/a _____,

genitore di _____, che frequenta la classe _____,

dichiara che:

- Il/la proprio/a figlio/a parteciperà al corso di recupero e autorizza la sua permanenza a scuola secondo il calendario indicato;
- provvederà autonomamente al recupero delle lacune rilevate nella materia.

(Barrare la voce interessata e restituire al docente)

Data _____

Firma _____