**AUTORIZZAZIONE CORSI DI RECUPERO**

 Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore/tutore

AUTORIZZA

lo studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della classe\_\_\_ sez. \_\_\_

AFM [ ] CAT [ ] GCOM[ ] LICEO ARTISTICO [ ]

a partecipare ai previsti corsi di recupero il giorno

**□LUNEDÌ □MARTEDÌ □MERCOLEDÌ**

come da circolare n. 110 del Dirigente Scolastico,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_