**Mod.2 - SF**

**ADESIONE FAMIGLIA ALLO STUDIO ASSISTITO**

Il sottoscritto………………………………………genitore dell’allievo………………………………..

della classe……………………nell’a. s………………autorizza il/la proprio/a figlio/a a partecipare all’attività di Studio Assistito che si terrà presso i locali dell’istituto Gadda, alla presenza di un docente che sovrintenda lo studio dei ragazzi

* nelle giornate di lunedì e di mercoledì dalle h.14.25 alle ore 16.05.
* nella giornata di lunedì dalle h.14.25 alle ore 16.05.
* nella giornata di mercoledì dalle h.14.25 alle ore 16.05

Nel caso l’alunno/a sia impossibilitato a fermarsi a tale attività, sarà mia cura avvisare la segreteria didattica, per scritto o telefonicamente o tramite e-mail (indirizzo segreteria@iisgadda.gov.it)

Paderno Dugnano, …………………………..

Firma

-------------------------------------