Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo I.C. “F. Torre”

BENEVENTO

I sottoscritti …………………………………………………………………………………………………………………………………………… in qualità di genitori dell’alunno/a .......................................................... frequentante la classe …………. sez…………………della Scuola Secondaria di I grado “F. Torre” di codesto Istituto

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a…………………………………………………………………. a partecipare all’ Azione A5 “**SOSTEGNO ALL’APPRENDIMENTO”**  , che si terrà presso la Scuola secondaria di I grado “F. Torre” nel mese di giugno 2021, a cura della COOPERATIVA SOCIALE SOCIALOPEN .

Benevento, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

………………………………………………………………………..

(Firma del genitore )