



**MINISTERO DELL' ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
LICEO SCIENTIFICO STATALE "G.VAILATI".**

Via A. GRANDI 146 - 00045 GENZANO DI ROMA -DS 42

☎ 06/121125147 - C.M. RMPS39000G

E-mail RMPS39000G@istruzione.it- RMPS39000G@pec.istruzione.it

www.liceovailatigenzano.gov.it -

C.F. 82005500580 - C.U. UFBV98

Al Dirigente scolastico del LSS

"Giovanni Vailati" - Genzano di Roma

Oggetto: Presa visione di attività organizzate dal liceo Vailati - studenti maggiorenni

Il sottoscritto/a _____ padre/madre dell'alunno/a
_____ classe _____ sez. _____, vista la circolare interna n. 101 del 4/12/17,

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

Il/la figlio/a _____ parteciperà all'attività di ASL EDUCAZIONE
INTERCULTURALE COLOURED GLASSES BY YOUTH FOR UNDERSTANDING nei termini e nei modi indicati in circolare.

Firma del/la padre/madre

Genzano di Roma,/...../.....

Nota per gli studenti: La presente autorizzazione deve essere consegnata in una unica soluzione in vice dirigenza alle
prof.sse Venditti/Muscettola a cura degli **studenti rappresentanti di classe** entro e non oltre le ore 13:10 di **Mercoledì**
6 Dicembre 2017.