



**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](mailto:RMPS39000G@istruzione.it)- [RMPS39000G@pec.istruzione.it](mailto:RMPS39000G@pec.istruzione.it)

[www.liceovailatigenzano.gov.it](http://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. ....del.....,

**DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE**

Il/la figlio/a \_\_\_\_\_ parteciperà all'attività di ASL **AUTOCAD** 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 alla Prof.ssa MELONI

CLAUDIA a cura degli **studenti rappresentanti di classe** entro e non oltre le ore 13:10 di **Mercoledì 13 Dicembre 2017.**