****

Ministero dell’Istruzione e del Merito

ISTITUTO D’ISTRUZIONE SUPERIORE LUIGI GALVANI

Via F. Gatti, 14 - 20162 Milano

email miis05400x@istruzione.it pec MIIS05400X@PEC.ISTRUZIONE.IT

Tel. 02 6435651/2/3

Cf 02579690153

 **AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

 **IIS GALVANI MILANO**

**MODULO ISCRIZIONE:**

**CORSI DI RECUPERO MATEMATICA Rif. circ. n. 237   del   29.02.2024**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Indirizzo

TECNICO MEC EL INF

LICEO LINGUISTICO

LICEO SCIENZE APPLICATE

**chiedo l’iscrizione alla seguente attività:**

**CORSO DI RECUPERO DI MATEMATICA**

Il corso sarà composto da max 8 studenti ed avrà una durata di 10 ore.

Il Calendario dettagliato è allegato alla circ. n. 237

Dichiaro di impegnarmi  a frequentare le lezioni ed a mantenere un comportamento corretto e rispettoso.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma dello/a studente/ssa | Firma del genitore/tutore |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di ☐ genitore ☐ tutore dello/a studente/ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara di aver preso visione del contenuto del presente documento e di autorizzare lo/a studente/ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a partecipare alle attività in oggetto.

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che non sussistono pareri contrari da parte di altra persona che esercita la legittima responsabilità genitoriale nei confronti dello/a studente/ssa sopra indicato/a.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_