**EDUCARE- Per studio assistito e potenziamento della lingua italiana**

**AUTORIZZAZIONE**

Io sottoscritto/a……………………………………………………………genitore dello/della studente/essa……………………………………………………….., frequentante la classe……………

**CHIEDO**

* l’accesso al servizio di studio assistito con potenziamento della lingua italiana (LUNEDI’ DALLE 14:00 ALLE 16:00)
* l’accesso al servizio di studio assistito (MERCOLEDI’ DALLE 14:00 ALLE 16:00)

Comunico, inoltre, il recapito telefonico al quale rivolgersi in caso di necessità

GENITORE/TUTORE………………………………………………

STUDENTE………………………………………………

EVENTUALE ALTRO RIFERIMENTO………………………………………………

DATA………………………………………………

FIRMA………………………………………………