##  Al Dirigente Scolastico

 **del Liceo Scientifico Statale “S. Savarino”**

 **Partinico**

## CONSENSO DELLA FAMIGLIA O PRESA D’ATTO

**OGGETTO**: Corso di recupero di …….........................................................................

Il/la Sottoscritto/a ……………………………………………… genitore dell’allievo/a

………………………………………. della classe …….. sez. …. del Liceo S. “Savarino”

##### NON AUTORIZZA

Il proprio/a figlio/a ……………………………………… …………………………...

a partecipare al corso di recupero di ………………………………………………

che si terrà nel periodo compreso tra il 28 Giugno e il 12 Luglio per un totale di 12/15 ore

 **Firma**

**Padre o tutore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Madre o tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## “Il sottoscritto consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di effettuare la presente richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”

## Partinico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Firma del genitore/tutore richiedente**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**