



## PROGETTO STUDIO GUIDATO

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
padre/madre dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ per l'anno scolastico \_\_\_\_\_,  
dopo aver preso visione delle condizioni di partecipazione all'attività di STUDIO GUIDATO promossa  
dalla scuola in orario pomeridiano (dalle ore 14.15 alle ore 16.30)

### CHIEDE

l'iscrizione all'attività di studio guidato, per il/i mese/i di \_\_\_\_\_

nei giorni di seguito indicati:

- lunedì
- martedì
- mercoledì
- giovedì
- venerdì

Si impegna, altresì, a comunicare alla Scuola qualunque cambiamento che intervenga rispetto a quanto qui dichiarato.

Dichiara inoltre di:

- autorizzare il proprio figlio/a a uscire dall'Istituto tra la fine delle lezioni e l'inizio delle attività di studio guidato, sollevando la scuola da ogni responsabilità;
- non autorizzare il proprio figlio/a a uscire dall'Istituto tra la fine delle lezioni e l'inizio delle attività di studio guidato se non in casi eccezionali e previa comunicazione scritta.

Firma

\_\_\_\_\_

Genova, \_\_\_\_\_

(da compilare e consegnare in presidenza)