|  |
| --- |
| DISSENSO ALLA PARTECIPAZIONE INCONTRODOTT.SSA Orengo Antonella  |

|  |
| --- |
| Al Dirigente ScolasticoIstituto Istruzione Superiore “C. e N. Rosselli” Aprilia (LT) |

|  |
| --- |
| Oggetto: Dissenso alla partecipazione all’incontro con la dott.ssa Orengo Antonella  |

|  |
| --- |
| Io sottoscritto ………………………………………………………………………………….genitore dell’alunna/o……………………………………………………………………..regolarmente iscritta/o alla classe …………… Sez. ……. del CORSO ………………..….………….a.s. 2019/2020non autorizzo mio/a figlio/a a partecipare all’incontro con la dott. ssa Orengo |

|  |
| --- |
| **Organizzazione**  |
| **Calendario/orario** | Sabato 7 febbraio dalle 12:15 alle ore 13:15 | In orario antimeridiano |
| **periodo** | Febbraio 2019 |
| **luogo** | ALA EST 1 A IT |
| Specialista Referente IdO | Dott.ssa Antonella Orengo |
| Docente referente | Prof.ssa Vento Sabrina |

|  |  |
| --- | --- |
| Aprilia …………………………… | Firma……………………………………. |