|  |
| --- |
| DISSENSO ALLA PARTECIPAZIONE INCONTRO  DOTT.SSA Orengo Antonella |

|  |
| --- |
| Al Dirigente Scolastico Istituto 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. 2019/2020  non 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  ……………………………………. |