|  |
| --- |
| DISSENSO ALLA PARTECIPAZIONE INCONTRODOTT.SSA Viola Tata |

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

|  |
| --- |
| Oggetto: Dissenso alla partecipazione all’incontro con la dott.ssa Viola Tata IDO  |

|  |
| --- |
| I sottoscritti ………………………………………………………………………………….genitori dell’alunna/o……………………………………………………………………..regolarmente iscritta/o alla classe …………… Sez. ……. del CORSO ………………..….………….a.s. 2020/2021non autorizzo mio/a figlio/a a partecipare all’incontro con la dott. ssa Viola Tata |

|  |
| --- |
| **Organizzazione**  |
| **Calendario/orario** | Lunedì 19 ottobre 2020 | In orario antimeridiano |
| **periodo** | Ottobre 2020 |
| **luogo** | MAT  |
| Specialista Referente  | Dott.ssa Viola Tata |
| Docente referente | Prof.ssa Vento Sabrina |

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