|  |
| --- |
| 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. 2021/22non autorizzo mio/a figlio/a a partecipare all’incontro con la dott. ssa Orengo |

|  |
| --- |
| **Organizzazione**  |
| **Calendario/orario** | Venerdì 24 settembre 2021 | In orario antimeridiano |
| **periodo** | settembre 2021 |
| **luogo** | Classi I A-B EE |
| Specialista Referente IdO | Dott.ssa Antonella Orengo |
| Docente referente | Prof.ssa Vento Sabrina |

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