

AUTORIZZAZIONE PROGETTO

da riconsegnare entro e non oltre il (riportare data) al docente referente (**o altro docente**) del progetto
"INDICARE NOME PROGETTO ": Prof. ssa/Prof. (Indicare nominativo)

I/il sottoscritti/o genitori/esercente la responsabilità genitoriale/tutoriale
dell'alunno/a..... frequentante la classe _ (sez.....) di codesto Istituto,

☐AUTORIZZANO

☐ NON AUTORIZZANO

Il proprio/a figlio/a a seguire l'incontro relativo al Progetto "indicare nominativo" che si terrà presso (Indicare il nome del plesso), secondo il seguente calendario (riportare date e orari) / secondo quanto sopra indicato
(Se allegato a circolare)
(Aggiungere informazioni ulteriori che si ritengono utili da inserire)

Firma dei genitori

.....
.....

(*) In caso di sottoscrizione di un solo genitore, il firmatario del presente atto dichiara sotto la propria esclusiva responsabilità di averne previamente condiviso con l'altro genitore il contenuto, consapevole delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore dichiarante

.....