

Al Dirigente Scolastico  
IP SAR IPSEO A  
Sassari

Oggetto: autorizzazione Visita didattico-formativa

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

padre/madre/tutore dell'alunno \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ presso questo

Istituto,

**AUTORIZZA**

il figlio a partecipare alla visita didattico-formativa da effettuare il giorno

\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

ed esonera le Autorità Scolastiche da qualsiasi responsabilità.

Recapito telefonico del genitore/tutore: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore

\_\_\_\_\_