



Istituto Superiore Polispecialistico "San Paolo"

www.isusanpaolo.it

Al Dirigente scolastico Istituto "San Paolo"

AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' DI ORIENTAMENTO

IL SOTTOSCRITTO _____ GENITORE DELLO/A

STUDENTE/ESSA _____ DELLA CLASSE

_____ SEZIONE _____ INDIRIZZO _____

AUTORIZZO MIO/A FIGLIO/A

A PARTECIPARE ALLE ATTIVITA' DI ORIENTAMENTO PRESSO _____

CHE SI TERRA' _____ ALLE ORE _____

(ORARIO PRESUMIBILE DI RIENTRO).

LUOGO E DATA

FIRMA (leggibile)
