

**Al Dirigente Scolastico  
Istituto comprensivo G. Marconi**

**AUTORIZZAZIONE PARTECIPAZIONE CORSO DI RECUPERO**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la  
classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ della scuola Secondaria di I° "Marconi",

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a a partecipare alle attività di recupero previste nei primi giorni di  
settembre secondo l'orario e il calendario allegato.

Terni \_\_\_\_\_

FIRME DEI GENITORI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Se uno dei genitori sia impossibilitato a firmare)

Il sottoscritto dichiara che, ai fini dell'applicazione dell' art. 317 del Codice Civile , l'altro  
genitore non può firmare il consenso perché assente causa impedimento.

FIRMA del genitore \_\_\_\_\_