



via A.d'Isernia, 34 - 80122 Napoli
tel. 081682187 - fax 081662034
mail: mercalli@liceomercalli.it

"AUT. CORSO DI RECUPERO"

*AL DIRIGENTE SCOLASTICO
del Liceo scientifico "G. Mercalli"
sede*

Oggetto: dichiarazione ai sensi dell'O.M. n. 92 del 5.11.2007

Io sottoscritto _____ genitore dell'alunno _____

della classe _____ ^ sez. _____,

DICHIARO

ai sensi dell'O.M. n. 92 del 5.11.2007, art. 4, di autorizzare mio/a figlio/a partecipare alle "iniziative di recupero programmate" per la disciplina di:

_____.

Sono consapevole dell'obbligo, da parte dell'alunno, di sottoporsi alle verifiche programmate dal proprio docente per l'accertamento del superamento delle carenze.

Napoli li _____

In fede
