**Autorizzazione dei genitori**

Il/la sottoscritto/a..........................................................................................................

AUTORIZZA:

il/la figlio/a ..........

*nato/*a il....................................................... a.. ....................................................

codice fiscale......................................................................................................................

residente a……………………………………………………………………………………….

in via................................................……………………………………..................................

c.a.p.. ... ... Tel ..................................... Cell........................................................

frequentante la classe………………………

a partecipare al Progetto di supporto allo studio e all’aiuto dei compiti che si terrà presso il Comune a partire da Lunedì 9 Ottobre 2017 dalle 14,30 alle 16,00 nei giorni Lunedì, Mercoledì e Venerdì

DICHIARA:

di sollevare il Comune da qualunque tipo di responsabilità in merito alla partecipazione al Progetto.

DATA

 *IN FEDE*