

MODULO DI AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI
PROGETTO GAP

Al Dirigente Scolastico Liceo Scientifico
“L. Siciliani” SEDE

I sottoscritti, _____ in

qualità di genitori dello/a studente/ssa _____

frequentante la classe ____ Sez. _____ di codesta Istituzione Scolastica,

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare al progetto “ GAP - Per prevenire e curare la dipendenza da gioco d’azzardo”, che si terrà nel mese di ottobre.

Da restituire al coordinatore di classe entro il 03 ottobre 2023

Firma dei genitori