

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logo joyce new | emblema_gr  MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO  UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO | Risultati immagini per logo esabac |
| ***“Liceo Statale James Joyce”***  UK1francia1italia1 **LINGUISTICO E DELLE SCIENZE UMANE** eu-flagspagna1germania1 | | |
| ***Distretto 42 - C.M.: RMPC39000C -- C.F.: 90049460588 – C.U. UF62HT***  *Sede centrale: via Alcide De Gasperi, 20 – 00072 Ariccia (RM) - tel. 06121128525– fax 0667663989/069334396*  *Sede succursale: via di Vallericcia, 51- 00072 Ariccia (RM) – tel. 06121123045- fax 0667663990*  ***rmpc39000c@istruzione.it******rmpc39000c@pec.istruzione.it***[***www.liceojoyce.edu.it***](http://www.liceojoyce.edu.it) | | |

**Al Dirigente Scolastico**

**del Liceo Joyce**

**Ariccia**

**OGGETTO: liberatoria partecipazione ai corsi di recupero**

L’Istituto, nell’ambito del PNRR contro la dispersione scolastica, ha organizzato **corsi di recupero** di Latino, Inglese e Matematica , da svolgersi nel corso del secondo quadrimestre in orario pomeridiano, con tempi e modalità che saranno per tempo specificati.

A seguito dell’esito degli scrutini intermedi, il CdC di suo/a figlio/a ritiene utile che

l’alunno/a partecipi al corso di:

( ) Latino

( ) Inglese

( ) Matematica

A tal fine, si richiede alla famiglia di compilare la dichiarazione sottostante

specificando l’intenzione di avvalersi o non avvalersi di questa opportunità.

**Il Dirigente Scolastico[[1]](#footnote-1)**

**Giovanni Luca Russo**

**Dichiarazione di avvalersi dei corsi di recupero organizzati dalla scuola**

*(da restituire in segreteria didattica via mail rmpc39000c@istruzione.it*

*e, per conoscenza sempre via mail, al coordinatore della classe)*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

● dichiara la propria volontà di:

[ ] far seguire al/alla proprio/a figlio/a i corsi di recupero in oggetto.

[ ] NON far seguire al/alla proprio/a figlio/a i corsi di recupero in oggetto.

***Data Firma***

1. **Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell’art. 3, comma 2 del D. Lgs n. 39/93** [↑](#footnote-ref-1)